



הכנסת

מרכז המחקר והמידע

הטיפול בהפרעות אכילה בישראל

מוגש לוועדה לקידום מעמד האישה ולשוויון מגדרי

כתיבה: רוני בלנק

י"ג בכסלו תשע"ז

13 בדצמבר 2016

אישור: שלי לוי, ראשת צוות

עריכה לשונית: מערכת "דברי הכנסת"

הכנסת, מרכז המחקר והמידע

קריית בן-גוריון, ירושלים 91950

טל': 02 - 6408240 / 1

פקס: 02 - 6496103

www.knesset.gov.il/mmm

תוכן עניינים

3	תמצית
5	מבוא
7	1. רקע: הפרעות אכילה והשלכותיהן
9	2. היקף התופעה בישראל
9	2.1. הערכת מספר הסובלות מהפרעות אכילה בישראל
11	2.2. מספר המטופלות בישראל
12	2.3. מספר המאובחנות החדשות בכל שנה
14	3. המערך הטיפולי לפני הרפורמה הביטוחית בבריאות הנפש ואחריה
14	3.1. טיפול מרפאתי
17	3.2. טיפול יום ואשפוז יום
18	3.3. אשפוז מלא
20	3.4. בתים שיקומיים
20	4. הקשיים המרכזיים שהמערך הטיפולי מתמודד עמם כיום
21	4.1. טיפול במרפאות לבריאות הנפש
23	4.2. אשפוז יום וטיפול יום
24	4.3. אשפוז מלא
25	4.4. כוח-אדם
27	5. תמחור השירותים לטיפול בהפרעות אכילה
28	5.1. תמחור הטיפול במרפאות לבריאות הנפש
29	5.2. תמחור טיפול יום ואשפוז יום
32	6. מקורות



תמצית

מסמך זה נכתב לקראת דיון בוועדה לקידום מעמד האישה ולשוויון מגדרי של הכנסת בנושא הטיפול בהפרעות אכילה בישראל. המסמך דן בהיקף התופעה ובמאפייני המערך הטיפולי בהפרעות אכילה וכן בקשיים הכרוכים בהפעלתו כיום, כשנה וחצי לאחר העברת האחריות לשירותי בריאות הנפש ממשדד הבריאות לקופות-החולים (הרפורמה הביטוחית בבריאות הנפש, שנכנסה לתוקף ב-1 ביולי 2015). להלן הממצאים העיקריים המובאים במסמך:

- הקטגוריות העיקריות בתחום הפרעות האכילה הן אנורקסיה נרבוזה, בולימיה נרבוזה והפרעות אכילה בלתי מסווגות, כלומר הפרעות אכילה שאינן תואמות את הקריטריונים המנויים בהגדרות של הפרעות האכילה האחרות. הפרעות אכילה שכיחות בעיקר בקרב נשים ונערות צעירות, אך שכיחותן בקרב נשים בוגרות ובקרב גברים עלתה בעשורים האחרונים בעולם המערבי, ובין היתר בישראל.
- הטיפול בהפרעות אכילה הוא על-פי רוב טיפול אמבולטורי, כלומר טיפול הניתן במרפאה בקהילה, אך חלק מהמטופלות נזקקות לאשפוז מלא או חלקי (טיפול יום או אשפוז יום) וכן לשיקום בקהילה, במסגרת בתים שיקומיים. הטיפול בהפרעות אכילה דורש שמירה על רצף טיפולי, כלומר תיאום ושיתוף בין מסגרות הטיפול השונות, וכן נדרש טיפול בידי צוות רב-מקצועי כדי לתת מענה הוליסטי להיבטים הגופניים והנפשיים של הפרעות האכילה.
- למשרד הבריאות אין מידע על מספר הסובלות מהפרעות אכילה בישראל. המשרד מסר כי בהנחה ש-6%-8% מהנערות והנשים בנות 15-24 סובלות מהפרעת אכילה ככלל, שיעורי התופעה בפילוח לקטגוריות הם כלהלן: 1.2% סובלות מאנורקסיה, 2% סובלות מבולימיה, ו-כ-3%-5% סובלות מהפרעות אכילה בלתי מסווגות. **לנוכח נתונים אלו אפשר לשער שבפועל כיום סובלים -40,000 30,000 איש מהפרעות אכילה בישראל. על-פי חישוב של מרכז המחקר והמידע של הכנסת על בסיס הנחה זו ועל-פי נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה לשנת 2015, יש בישראל -49,400 37,050 איש הסובלים מהפרעות אכילה. נתון זה אינו כולל נשים מעל גיל 24 או גברים, ולכן סביר שמדובר בהערכת חסר.**
- למשרד הבריאות אין מידע על מספר המאובחנות בהפרעות אכילה. מנתונים שמסרו למרכז המחקר והמידע של הכנסת שתי קופות-חולים המבטחות יחדיו כשליש מהמבוטחים בישראל (מכבי שירותי בריאות וקופת-חולים לאומית) **עולה כי בשנים האחרונות אובחנו בקופות אלה כלוקים בהפרעות אכילה כ-1,500 חולים חדשים בשנה בממוצע.** כ-52% מהחולים החדשים היו קטינים, וכ-72% מהחולים החדשים היו נשים.
- הטיפול בהפרעות אכילה הוא חלק מתחום בריאות הנפש. עם זאת, בקרב הקהילה המקצועית בישראל התפיסה היא שבהפרעות אלו משולבים זה בזה תחומים גופניים ונפשיים ולכן הטיפול בהן הוא מורכב יותר ודורש תשומות נוספות מעבר למקובל בתחום בריאות הנפש. בהמשך לכך, תמחור הטיפול בהפרעות האכילה על-פי התמחור הכללי של טיפול בתחום בריאות הנפש אינו מספיק, ויוצר קשיים במתן הטיפול.
- **מהמסמך עולה כי יש בישראל 52 עמדות לטיפול יום בקטינים הסובלים מהפרעות אכילה ואין כלל עמדות לבוגרים.** המסגרות לטיפול יום הן שלב ביניים בין אשפוז מלא לטיפול מרפאתי. במהלך כתיבת המסמך ציינו בפנינו קופות-החולים וגורמים טיפוליים שעמם שוחחנו כי המחסור במסגרות



אלה מוביל לתופעה של "דלת מסתובבת", כלומר חולות שהשתחררו מאשפוז מלא ומצבן מידרדר כיוון שהן אינן מקבלות מענה מספק בקהילה, נאלצות לשוב לאשפוז מלא, וחוזר חלילה. הסיבה העיקרית שהועלתה בפנינו למחסור במסגרות אלו היא תמחור שירות זה על-ידי משרד הבריאות; לדברי הגורמים שעמם שוחחנו התעריף שעל-פיו הקופות מתקצבות אינו מכסה את עלות הפעלת העמדות בפועל. משרד הבריאות מסר כי הוא פועל לתמחור השירות כך שייקבע תעריף נפרד לטיפול יום בהפרעות אכילה. כמו כן, עד להשלמת תהליך זה בכוונתו של המשרד לחלק באמצעות מבחני תמיכה לקופות-החולים ומבחני חלוקה לבתי-החולים הממשלתיים תקציב חד-פעמי של 10 מיליון ש"ח להקמה והכשרה של מסגרות טיפול יום לטיפול בהפרעות אכילה. לא ידוע לנו מהן אמות המידה לחלוקת תקציב זה.

- **לפי משרד הבריאות, יש כיום בישראל 26 מרפאות ייעודיות לטיפול בהפרעות אכילה בקרב בוגרים ונוער, כלומר מרפאות שבהן צוות רב-מקצועי.** לפי קופות-החולים יש 25 מרפאות ייעודיות לטיפול בבוגרים ונוער, ועד סוף שנת 2016 יהיו 27 מרפאות ייעודיות. מנהלי מרפאות מסרו לנו כי מספר המרפאות והפריסה הגיאוגרפית שלהן אינם מספקים, אך לא ידוע לנו מהו היקף החוסר ובאילו אזורים הוא קיים. מהנתונים שנמסרו לנו עולה כי משך ההמתנה לקבלת טיפול מרפאתי משתנה על-פי המיקום הגיאוגרפי של המרפאה והקופה המבטחת.

- מאז יולי 2015 הטיפול המרפאתי בתחום בריאות הנפש מתבצע בשיטת המינויים: רופא המשפחה הוא הגורם המפנה לטיפול, והקופה מקצה לכל מטופלת מינוי אבחוני (שני מפגשים), מינוי קצר (שישה או שמונה מפגשים) או מינוי ארוך (30 מפגשים). כל מפגש עם איש צוות שווה מפגש אחד מההקצאה שנקבעה במינוי. **רופאים במרפאות לבריאות הנפש ציינו בפנינו כי שיטת המינויים אינה מתאימה לתחום הפרעות האכילה.** ראשית, הטיפול המורכב דורש מפגש עם מגוון אנשי צוות ולכן יש לחדש את המינוי בתדירות גבוהה. שנית, תמחור המינוי אינו מספיק, ולדוגמה אינו כולל תגמול של אנשי המקצוע בגין ישיבות צוות, מה שמקשה על התיאום בין גורמי הטיפול. כמן כן, בשל הצורך לפנות לרופא המשפחה יש חולות שבשל השתייכותן לקבוצה חברתית מסוימת נמנעות מלהגיע לטיפול, עקב החשש שלהן מתיוג שלילי של מי שלוקות בהפרעה נפשית.

- **לפי משרד הבריאות יש כיום בישראל 84 מיטות אשפוז לטיפול בהפרעות אכילה: 40 מיטות לבוגרים ו-44 מיטות לנוער.** בישראל יש קבוצה של חולות כרוניות, שאושפזו פעמים מספר אך שירות זה לא סייע להחלמתן. הסיבה שההמתנה של החולות הכרוניות לאשפוז חוזר ממושכת, לדברי רופאי יחידות האשפוז, היא שניתנת קדימות לחולות חדשות, שסיכויי ההחלמה שלהן גבוהים יותר משל חולות כרוניות. בזמן ההמתנה לאשפוז, בהיעדר מסגרות מתאימות חלופיות לטיפול בהן, מצבן הבריאותי של החולות הכרוניות מידרדר, והן נאלצות לפנות לטיפול פרטי בעלות גבוהה, אם ידן משגת טיפול כזה. לפי רופאי יחידות האשפוז, על מנת לתת מענה הולם על צורכיהן של חולות אלה לא נדרשת הגדלת מספר מיטות האשפוז אלא יצירת מסגרות מתאימות בקהילה, כגון טיפול יום, אשפוז יום או הרחבה של מסגרות בתים שיקומיים והתאמתן לצורכיהן. גורמים טיפוליים ואף חלק מקופות החולים מסרו לנו כי יצירת מסגרות לטיפול יום לא רק תשפר את הפתרון הטיפולי לחולות הכרוניות ולחולות אחרות אלא גם תביא לחיסכון תקציבי למדינה עקב צמצום מספר ימי האשפוז המלא.

- יש קושי לאתר ולגייס כוח-אדם מיומן לטיפול בהפרעות אכילה במגזר הציבורי, ובין היתר פסיכיאטרים, עובדים סוציאליים, פסיכולוגים, דיאטנים ומרפאים בעיסוק. כמן כן, יש מחלוקת



בשאלה אם ובאיזו מידה האחריות למימון הכשרות לסגלי הטיפול בקופות-החולים מוטלת על הקופות עצמן ולא על משרד הבריאות.

מבוא

הפרעות אכילה הן הפרעות נפשיות הקשורות לעיסוק יתר במשקל הגוף.¹ בדרך כלל הן שכיחות בקרב נערות וצעירות אך הן קיימות גם בגיל מבוגר יותר, ובשנים האחרונות גדל שיעור המאובחנים גם בקרב גברים. על-פי הספרות המקצועית, בעשורים האחרונים עלתה שכיחות הפרעות האכילה במדינות המערביות, ובין היתר בישראל. גורמים אפשריים להיווצרות הפרעת אכילה הם גנטיקה, היסטוריה משפחתית של דיאטות, מסרים תרבותיים המתווכים על-ידי תקשורת ההמונים וכן היסטוריה של הטרדה מינית; משקלו של כל גורם בהתפתחות המחלה אינו ידוע.²

לדברי הגורמים שעמם שוחחנו במהלך הכנת מסמך זה, בהפרעות אכילה משולבים רבדים גופניים ונפשיים ולכן נדרש מענה טיפולי מורכב, המשלב בין תחומי טיפול שונים.³ הטיפול בהפרעות אכילה הוא על-פי רוב טיפול אמבולטורי, כלומר טיפול הניתן במרפאה בקהילה, אך חלק מהמטופלות⁴ נזקקות לאשפוז מלא או חלקי, ובהמשך – לשיקום, שמטרתו שילוב הדרגתי בקהילה, באמצעות בתיים שיקומיים.⁵

על רקע העלייה בשכיחות התופעה, בחנו בשנים האחרונות ועדות הכנסת⁶ ומשרד מבקר המדינה את המענה הרפואי הניתן בישראל על צורכיהן של הסובלות מהפרעות אכילה. עם הקשיים שהוצגו בסקירותיהם נמנים, בין השאר, אי-קיומו של מאגר מידע המרכז את הנתונים על מספר המאובחנות והמטופלות, מחסור במסגרות טיפול שונות, תמחור חסר של שירותים, קשיים בגיוס כוח-אדם מקצועי ומחסור בתקנים, גישה מוגבלת לשירותים בפריפריה, זמני המתנה ארוכים לטיפול והיעדר תיאום בין הגורמים המטפלים.⁷

מהדיונים שהתקיימו בנושא זה בעבר עולה כי **חלק ניכר מהקשיים במתן הטיפול נובע מתמחור שירותים אלו בדומה לתמחור טיפולים אחרים בבריאות הנפש, אף שהטיפול בהפרעות אכילה יקר יותר ודורש משאבים נוספים.**⁸ בתגובות משרד הבריאות על דוח מבקר המדינה ובתשובות לחברי הכנסת

¹ מבקר המדינה, [הטיפול בהפרעות אכילה](#), 2013, עמ' 861.

² ראו: Christopher G. Fairburn and Paul J. Harrison, "Eating Disorders", *Lancet* 361, 2002, pp. 407-416; Kenisha Campbell and Rebecca Peebles, "Eating Disorders in Children and Adolescents: State of the Art Review", *Pediatrics* 134, 3, 2014, pp. 582-592; יעל לצר, "הפרעות אכילה ועמדות כלפי אכילה בישראל: סקירת מחקר וטיפול", [חברה ורווחה](#) כז, 3, 2007.

³ ד"ר שקמה קלר, רופאת היחידה לטיפול בהפרעות אכילה בבית-החולים הדסה עין-כרם, שיחת טלפון, 18 בספטמבר 2016; ד"ר יצחק וורגפס, מנהל המחלקה הפסיכיאטרית לילד ולמתבגר במרכז הרפואי זיו בצפת, שיחת טלפון, 23 בספטמבר 2016; ד"ר גד רייזר, מנהל מחלקת אשפוז יום ילדים והיחידה להפרעות אכילה בבית-החולים אסף הרופא, שיחת טלפון, 25 בספטמבר 2016.

⁴ מאחר שנשים הן הרוב בקרב החולים, במקרים רבים ההתייחסות לחולים במסמך זה היא בלשון נקבה. יודגש כי אם ההבחנה המגדרית אינה מצוינת במפורש, הנתונים המוצגים במסמך כוללים גברים.

⁵ גלית טרסב, ורדה שטנגר ואיתן גור, "סוגיות בטיפול בהפרעות אכילה בישראל", [חברה ורווחה](#) לג, 2013.

⁶ הנושא נדון בוועדה לקידום מעמד האישה ולשוויון מגדרי, בוועדה המיוחדת לזכויות הילד, ובוועדת העבודה, הרווחה והבריאות.

⁷ מבקר המדינה, [הטיפול בהפרעות אכילה](#), 2013; אתי וייסבלאי, [הפרעות אכילה בקרב ילדים ובני-נוער: תיאור התופעה, מניעתה ואיתורה](#), מרכז המחקר והמידע של הכנסת, 8 בפברואר 2010; מריה רבינוביץ', [מסגרות לטיפול בהפרעות אכילה](#), מרכז המחקר והמידע של הכנסת, 25 ביולי 2011.

⁸ ישיבת הוועדה לפניות הציבור, [פרוטוקול מס' 4](#), 13 במאי 2013; מבקר המדינה, [הטיפול בהפרעות אכילה](#), 2013, עמ' 883-879; ד"ר איתן גור, מנהל המרכז להפרעות אכילה ומשקל במרכז הרפואי שיבא, שיחת טלפון, 15 בספטמבר 2016.



שנמסרו בשנים 2010-2013 בעניין זה, נטען כי המשרד מודע לסוגיות אלו והן ייבחנו מחדש כחלק מהרפורמה בבריאות הנפש.⁹

ביולי 2015 נכנסה לתוקף הרפורמה הביטוחית בבריאות הנפש שהעבירה את האחריות לאספקת שירותי בריאות הנפש ממשרד הבריאות לקופות-החולים.¹⁰ בעבר ניסה משרד הבריאות לקדם רפורמה זו בחקיקה, ובמסגרתה ביקש להתייחס במפורש להפרעות האכילה כאל תחום הדורש מענה ייחודי.¹¹ ואולם, הצעת חוק זו לא התקבלה והרפורמה, שיושמה באמצעות צו, מבוססת על הסיכום בין משרדי הבריאות והאוצר לבין שירותי בריאות כללית בנושא העברת שירותי בריאות הנפש מהתוספת השלישית לתוספת השנייה לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, שנחתם ב-31 במאי 2012 (להלן: הסכם הרפורמה לשנת 2012). אין בהסכם התייחסות נפרדת להפרעות אכילה, לבד מתקציב חד-פעמי שהוקצה להקמת היחידה להפרעות אכילה במרכז הרפואי האוניברסיטאי סורוקה בבאר-שבע.¹²

במהלך השנים ביקש משרד הבריאות לבחון את אמות המידה לטיפול בהפרעות אכילה.¹³ בראשית העשור הנוכחי כינס המשרד צוות מומחים שדן במניעתן של הפרעות אכילה, אך מסקנותיו של צוות זה טרם פורסמו.¹⁴ לדברי משרד הבריאות, בימים אלו המשרד מקיים קשר עם נציגי העמותה הישראלית למניעה, טיפול ומחקר בהפרעות אכילה¹⁵ ועם נציגי מטופלות, כדי לגבש אמות מידה לטיפול, להרכיב את הצוות המקצועי ולתמחר את התחום;¹⁶ **מהמשרד נמסר כי עבודה זו תושלם בחודשים הקרובים.**¹⁷

בפתח המסמך הנוכחי יובא רקע בדבר סוגי הפרעות האכילה הבולטים והשלכותיהם. לאחר מכן נציג הערכות בדבר היקף התופעה בישראל ונספק נתונים על המערך הטיפולי לפני השלמת הרפורמה הביטוחית ואחריה. בהמשך נדון בקשיים מרכזיים שהועלו בפנינו אשר לטיפול הניתן במסגרות השונות, ולבסוף נדון בנושא התמחור, בהתמקדות בטיפול המרפאתי ובטיפול היום. לצורך כתיבת המסמך פנינו למשרד הבריאות, לקופות-החולים, למטפלים במרפאות, למטפלים במסגרות לטיפול יום ובמחלקות אשפוזיות ממרכז הארץ ומהפריפריה ולמנהלת קבוצת החולים והמשפחות "דורשים טיפול טוב יותר להפרעות אכילה".

⁹ ראו מריה רבינוביץ', מסגרות לטיפול בהפרעות אכילה, מרכז המחקר והמידע של הכנסת, 25 ביולי 2011, עמ' 4; ישיבת הוועדה לפניות הציבור, פרוטוקול מס' 4, 13 במאי 2013, עמ' 5; מבקר המדינה, הטיפול בהפרעות אכילה, 2013, עמ' 881.
¹⁰ הרפורמה הביטוחית היא חלק מרפורמה נרחבת בבריאות הנפש שהחלה בשנות ה-90 של המאה הקודמת. ברפורמה זו שלושה מרכיבים: הסטת הטיפול ממוסדות האשפוז אל הקהילה (הרפורמה המבנית), פיתוח שירותי שיקום בקהילה (הרפורמה השיקומית), והעברת האחריות על מתן שירותי בריאות הנפש ממשרד הבריאות לקופות החולים (הרפורמה הביטוחית). ראו שלי לוי, אשפוז בריאות הנפש בישראל, מרכז המחקר והמידע של הכנסת, 8 בפברואר 2014; אורי אבירם ושגית אזארי-ויזל, הרפורמה בבריאות הנפש: סיכויים וסיכונים, מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל, יולי 2015.

¹¹ בהצעת חוק מ-2007 מוצג לוח טיפולים ספציפי לחולים עם הפרעות אכילה (קבוצת אבחון ג'). ראו הצעת חוק ביטוח בריאות ממלכתי (תיקון מס' 41) (בריאות הנפש, התשס"ז-2007), מ/325.

¹² סיכום בין משרדי הבריאות והאוצר לבין שירותי בריאות כללית בנושא העברת שירותי בריאות נפש מהתוספת השלישית לתוספת השנייה לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, פרק ד', סעיף 12, 31 במאי 2012.

¹³ ראו ישיבת הוועדה לפניות הציבור, פרוטוקול מס' 61, 25 במאי 2014, עמ' 23; ד"ר יוסף בר-אל, מנהל מערך בריאות הנפש בחטיבת הקהילה, כללית שירותי בריאות, שיחת טלפון, 7 בנובמבר 2016.

¹⁴ ראו התייחסות לדוח תת-הוועדה למניעת הפרעות אכילה בדוח של היוזמה "לעתיד בריא 2020": משרד הבריאות, התנהגויות בריאות – מניעה וטיפול בהשמנה, נובמבר 2011, עמ' 83. מרכז המחקר והמידע של הכנסת פנה למשרד הבריאות בשאלה מתי יפורסם הדוח ומה מעכב את פרסומו, אך עד השלמת המסמך לא נמסרה לנו תשובה על כך.

¹⁵ העמותה הישראלית למניעה, טיפול ומחקר בהפרעות אכילה נוסדה ב-2002, והיא מאגדת מומחים מהתחום הטיפולי והמחקרי. בראש העמותה עומד כיום פרופ' איתן בכר, פסיכולוג ראשי, המחלקה הפסיכיאטרית בבית-החולים הדסה עין-כרם; ראו: העמותה הישראלית למניעה, טיפול ומחקר בהפרעות אכילה, על העמותה, תאריך כניסה: 11 בנובמבר 2016.

¹⁶ מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה וע"ר במשרד הבריאות, מכתב, 26 בספטמבר 2016 [נמסר: 9 בנובמבר 2016]. לפי משרד הבריאות, מסמך אמות המידה יושלם בחודשים הקרובים; דני בודובסקי, מנהל התחום האמבולטורי באגף לבריאות הנפש במשרד הבריאות ורכז צוות המומחים, שיחת טלפון, 5 באוקטובר 2016.

¹⁷ מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה וע"ר במשרד הבריאות, מכתב, 26 בספטמבר 2016 [נמסר: 9 בנובמבר 2016].



1. רקע: הפרעות אכילה והשלכותיהן

משרד הבריאות מבחין בין כמה סוגים של הפרעות אכילה, ומסמך זה מתמקד בשלושת הסוגים הבולטים ביותר: **אנוורקסיה נרבוזה, בולימיה נרבוזה והפרעות אכילה בלתי מסווגות** (או הפרעות אכילה בלתי ספציפיות).¹⁸ בשנים האחרונות חלו שינויים מסוימים באופן שבו הקהילה המקצועית מגדירה הפרעות אכילה,¹⁹ אך גורמים טיפוליים שעמם שוחחנו לקראת כתיבת המסמך מסרו כי השפעת השינויים האלה על הטיפול הניתן לחולות היא מזערית. להלן המאפיינים המרכזיים של ההפרעות האמורות, בהתבסס על האמור במדריך סיווג המחלות הבין-לאומי של ארגון הבריאות העולמי,²⁰ שעליו מסתמך גם משרד הבריאות.²¹

- **אנוורקסיה נרבוזה (Anorexia Nervosa)** מאופיינת בהתנגדות לשמירה על משקל גוף מינימלי תקין, בהרעבה מרצון, בפחד עז מעלייה במשקל ובהפרעה בדימוי גוף, כלומר תפיסה עצמית של החולה כ"שמנה" למרות מצב של תת-משקל חמור.
- **בולימיה נרבוזה (Bulimia Nervosa)** מאופיינת באירועים חוזרים ונשנים של אכילת כמות גדולה של מזון מעבר לצורך הפיזי ובזמן קצר, ולאחר מכן ביצוע של מה שמכונה **"התנהגויות פיצוי"**, כלומר התנהגויות שמטרתן למנוע עלייה במשקל, כגון צום, הקאה או שלשול מכוונים ופעילות גופנית מופרזת.
- **הפרעת אכילה בלתי מסווגת (Eating Disorders Not Otherwise Specified, EDNOS)** (מוכרת גם בראשי התיבות EDNOS), מאופיינת בעיסוק טורדני במשקל בדרכים שאינן תואמות את הקריטריונים המנויים בהגדרות של הפרעות האכילה האחרות. בשל הגדרה רחבה זו, **הפרעת אכילה בלתי מסווגת היא האבחנה הנפוצה ביותר בתחום הפרעות האכילה. יודגש כי על-פי מאמר משנת 2012 שניתח מעל 120 מחקרים, ההשלכות הגופניות והנפשיות של המחלה במקרים הנכללים**

¹⁸ בנוסף, משרד הבריאות מתייחס להפרעה של צמצום אכילה והימנעות ממנה או בררנות באכילה. מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה וע"ר במשרד הבריאות, מכתב, 26 בספטמבר 2016 [נמסר: 9 בנובמבר 2016]. משרד הבריאות אינו ממדיר השמנת יתר חולנית (morbid obesity) כהפרעת אכילה, אך נמסר לנו כי גם לאחר הרפורמה האבחנה של "הפרעת אכילה" משמשת במקרים מסוימים בטיפול באנשים במצב זה. ד"ר גד רייזלר, מנהל מחלקת אשפוז יום ילדים והיחידה להפרעות אכילה, בית-החולים אסף הרופא, שיחת טלפון, 25 בספטמבר 2016.

¹⁹ מערכות המידע של משרד הבריאות וקופות-החולים עושות שימוש בגרסה העשירית או התשיעית של ה-ICD, מדריך סיווג המחלות הבין-לאומי של ארגון הבריאות העולמי (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems). המטפלים בשטח נעזרים לעיתים קרובות ב-DSM, המדריך לאבחון של איגוד הפסיכיאטרים האמריקני (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). הגדרות ה-DSM מובאות בחשבון בדיונים במשרד הבריאות בדבר קביעת אמות מידה לטיפול בהפרעות אכילה. מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה וע"ר במשרד הבריאות, מכתב, 26 בספטמבר 2016 [נמסר: 9 בנובמבר 2016]; מיכל זגון-רוגל, רכזת קשרי ממשל, מכבי שירותי בריאות, דוא"ל, 9 בנובמבר 2016.

בשנת 2013 פורסמה גרסה חדשה של ה-DSM, DSM-5, שכללה שינויים בהגדרות הפרעות האכילה. לדוגמה, בוטל הסעיף המחייב הפסקת וסת כדי לקבוע אבחנה של אנוורקסיה. עם זאת, שינוי זה ואחרים לא הביאו לגידול במספר המאובחנות אלא רק לשינויים בסיווג חלק מהמקרים, לדוגמה מעבר מאבחנה של הפרעת אכילה בלתי מסווגת לאבחנה של אנוורקסיה. ד"ר איתן גור, מנהל המרכז להפרעות אכילה ומשקל במרכז הרפואי שיבא תל-השומר, שיחת טלפון, 15 בספטמבר 2016; ד"ר שקמה קלר, רופאת היחידה לטיפול בהפרעות אכילה בבית-החולים הדסה עין-כרם בירושלים, שיחת טלפון, 18 בספטמבר 2016.

²⁰ בחלק מהמחלות מוגדרים תתי-סוגים, לדוגמה ההבחנה בין אנוורקסיה, אנוורקסיה נרבוזה, ואנוורקסיה נרבוזה א-טיפיקלית. לא נעסוק בהבדלים אלו במסמך זה. ראו: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision, [F50 – Eating Disorders](#), accessed: November 10th, 2016.

²¹ מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה וע"ר במשרד הבריאות, מכתב, 26 בספטמבר 2016 [נמסר: 9 בנובמבר 2016].



באבחנה זו חמורות באותה מידה כמו במקרים הנכללים בהגדרות האחרות.²² בהפרעה זו נכללת גם הפרעת אכילה התקפית (ידועה גם כהפרעת אכילה בולמוסית, או Binge Eating disorder, BED), המאופיינת בהתקפים של אכילת יתר בפרק זמן קצר ובחוסר תחושת שליטה באכילה, היוצרים אצל החולה תחושות גועל, דיכאון ואשמה.²³

הפרעות אכילה עלולות להיתפס בציבור כהפרעות קלות יחסית שבהן החולה שולטת במידה רבה במצבה,²⁴ אך דימוי זה מוטעה ביסודו. הפרעות אכילה הן מהמחלות הקטלניות ביותר בין מחלות הנפש, ועל-פי מחקר משנת 2014 קודמות להן רק התמכרויות. התמותה מהפרעות אכילה נובעת בעיקר מאנורקסיה,²⁵ ובסקירת ספרות משנת 2014 הוערך שלפחות 5%-6% מהלוקות באנורקסיה ימותו כתוצאה ממחלתן.²⁶

הפרעות אכילה מובילות גם לפגיעה קשה באיכות החיים של החולות. כאמור, תפיסת המציאות של הסובלת מהפרעות אכילה מעוותת, וכמו כן הן סובלות מעיסוק אובססיבי בשנאה עצמית. מהספרות המקצועית בתחום עולה כי חלק ניכר מהסובלות מהפרעת אכילה סובלות מתחלואה כפולה. לפי מאמר מ-2013 של טרבס, שטנגר וגור, יותר מ-50% מהחולות בהפרעות אכילה סובלות מדיכאון כרוני או מהפרעות אישיות.²⁷ בסקירת ספרות מ-2014 נמצא כי 50%-68% מהחולות הלוקות באנורקסיה יסבלו לאורך חייהן מדיכאון קליני ו-30%-65% מהן יסבלו מהפרעות חרדה.²⁸ הפרעות אכילה גורמות גם לבעיות גופניות. טרבס, שטנגר וגור מעריכים כי 60% מן הלוקות באנורקסיה ו-40% מן הלוקות בבולימיה סובלות מבעיות בקיבה ומבעיות דנטליות. הלוקות באנורקסיה הן בסיכון גבוה לירידה במסת שריר, להפסקת המחזור החודשי, לאי-יכולת לשאת קור או לשמור על חום גוף, לירידה בחוש הטעם ולהפרעות במערכת העיכול; הלוקות בבולימיה הן בסיכון גבוה לדלדול עצם (אוסטיאופורוזיס), לעייפות, לחולשה ולאפתייה.²⁹

מסקירת הספרות המקצועית עולה כי יש הבדלים בין המחקרים בדבר סיכויי ההחלמה של הסובלות מהפרעות אכילה. לדוגמה, ממחקר משנת 2011 עולה כי שיעורי החלמה מאנורקסיה הם בין 30% ל-

²² Frederique R. E. Smink, Daphne van Hoeken, and Hans W. Hoek, "Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, Prevalence, and Mortality Rates", *Current Psychiatry Reports* 14, 2012, pp. 406-407.

²³ אבחנה זו נחשבת לפי ה-ICD לחלק מהפרעות אכילה בלתי מסווגות, אך מקובל להתייחס אליה כאל תת-סוג מובחן בקטגוריה זו. כחלק מהשינויים באופן שבו הוגדרו הפרעות האכילה ב-DSM-5 הוגדרה הפרעת אכילה התקפית כהפרעת אכילה נפרדת.

²⁴ גלית טרבס, ורדה שטנגר ואיתן גור, "סוגיות בטיפול בהפרעות אכילה בישראל", *חברה ורווחה* לג, 2013, עמ' 130; James Roehrig and Carmen P. McLean, "A Comparison of Stigma toward Eating Disorders versus Depression", *International Journal of Eating Disorders* 43, 2010, pp. 671-674.

²⁵ במחקר מצוטט מאוד מ-1998 נמצא כי אנורקסיה היא מחלת הנפש הקטלנית ביותר בין מחלות הנפש, ועל-פי סקירת ספרות משנת 2014 קודמת לה רק התמכרות. ראו: Edward Chesney, Guy M. Goodwin, and Seena Fazel, "Risks of All-Cause and Suicide Mortality in Mental Disorders: a meta-review", *World Psychiatry*, 2014, pp. 153-160. הקושי בהערכת התמותה מהפרעות אכילה נובע מכך שבחלק מהמקרים ההפרעה אינה סיבת המוות היסודית אלא הובילה לתמותה בעקיפין, לדוגמה דרך עידוד (Facilitate) דיכאון שהוביל להתאבדות.

²⁶ Kenisha Campbell and Rebecka Peebles, "Eating Disorders in Children and Adolescents: State of the art review", *Pediatrics* 134, 3, 2014, pp. 582-592.

²⁷ גלית טרבס, ורדה שטנגר ואיתן גור, "סוגיות בטיפול בהפרעות אכילה בישראל", *חברה ורווחה* לג, 2013, עמ' 124; מבקר המדינה, *הטיפול בהפרעות אכילה*, 2013, עמ' 861-862.

²⁸ Kenisha Campbell and Rebecka Peebles, "Eating Disorders in Children and Adolescents: State of the art review", *Pediatrics*, 134, 3, 2014.

²⁹ גלית טרבס, ורדה שטנגר ואיתן גור, "סוגיות בטיפול בהפרעות אכילה בישראל", *חברה ורווחה* לג, 2013, עמ' 124.



84%,³⁰ ולפי מחקר אחר הם עומדים על כ-68%.³¹ משרד הבריאות העריך, בתשובה על פניית מרכז המחקר והמידע של הכנסת, כי הטיפול בהפרעות אכילה הוא תהליך ארוך שיכול להימשך כחמש שנים, וכי כ-50% מהחולות בהפרעות אכילה יחלימו, 30% ימשיכו לסבול מסימפטומים חלקיים בעוצמות משתנות, ו-15%-20% יהפכו לחולות כרוניות, שייכנסו למערכת האשפוז ויצאו ממנה באופן קבוע.³² יצוין כי המושג החלמה הוא יחסי, ותלוי מצב החולה בזמן כניסתה לטיפול: במטופלת עם הופעה יחסית חדשה של המחלה מטרת הטיפול היא להביא לחזרה מלאה לתפקוד, לצמצום הסימפטומים ולמניעת הפיכת הבעיה לכרונית, בעוד בחולות כרוניות המטרה היא הקלה בתסמינים, מניעת אשפוזים חוזרים ושימור התפקוד.³³

על-פי מחקר שפורסם בשנת 2015, חלון ההזדמנויות לטיפול הוא בשלוש השנים הראשונות למחלה, ואחרי כן סיכויי ההחלמה יורדים במידה ניכרת. במחקר זה גם מועלית טענה שסיכויי ההחלמה גדלים ככל שהחולות צעירות יותר (המחקר אינו מספק הגדרה מדויקת למונח "צעירה").³⁴ גם לדברי ד"ר איתן גור, מנהל המרכז לטיפול בהפרעות אכילה ומשקל במרכז הרפואי שיבא-תל השומר, סיכויי ההחלמה יורדים במידה ניכרת עם העלייה בגיל: למטופלות צעירות המקבלות טיפול בהסכמה יש כ-90% סיכוי להחלים, בעוד סיכויי ההחלמה של חולות מבוגרות שכבר אושפזו פעמים מספר, כלומר חולות כרוניות, הם נמוכים מאוד.³⁵

2. היקף התופעה בישראל

בפרק זה נציג את היקף תופעת הפרעות האכילה בישראל. הפרק יפתח בהצגת הערכות בדבר מספר הסובלות והסובלים מהפרעות אכילה בישראל, לאחר מכן יוצגו נתונים על מספר המטופלות בשנים האחרונות, ולבסוף יוצגו נתונים על מספר המאובחנות החדשות בכל שנה.

2.1. הערכת מספר הסובלות מהפרעות אכילה בישראל

לשם תכנון יעיל של שירותי הבריאות יש צורך במידע על היקף התופעה שעמה יש להתמודד. מרכז המחקר והמידע של הכנסת פנה למשרד הבריאות בבקשה לקבל נתונים על היקף תופעת הפרעות האכילה בישראל, אך מתשובת משרד הבריאות³⁶ עולה כי אין נתונים מדויקים על היקפה או על המגמות המאפיינות אותה.

³⁰ Pamela K. Keel and Tiffany A. Brown, "Update on Course and Outcome in Eating Disorders", *International Journal of Eating Disorders* 43, 3, 2010, p. 196.

³¹ Frederique R. E. Smink, Daphne van Hoeken, and Hans W. Hoek, "Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, prevalence, and mortality rates", *Current Psychiatry Reports* 14, 2012, p. 407.

³² מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה וע"ר במשרד הבריאות, מכתב, 26 בספטמבר 2016 [נמסר: 9 בנובמבר 2016].
³³ ד"ר ענבל ראובני, מנהלת המרפאה לבריאות הנפש, ד"ר צופיה לאופר-בן-ארי, רופאה במרפאה להפרעות אכילה וביחידה האשפוזית להפרעות אכילה, ופרופ' איתן בכר, פסיכולוג ראשי, המחלקה הפסיכיאטרית בבית-החולים הדסה עין-כרם, מכתב, 25 באוקטובר 2016.

³⁴ Stephen Zipfel, Katrin E. Giel, Cynthia M. Bulik, Philippa Hay, and Ulrike Schmidt, "Anorexia Nervosa: Aetiology, assessment and treatment", *Lancet Psychiatry* 2, 12, 2015, p. 5.

³⁵ ד"ר איתן גור, מנהל המרכז לטיפול בהפרעות אכילה ומשקל במרכז הרפואי שיבא-תל השומר, שיחת טלפון, 15 בספטמבר 2016.

³⁶ מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה וע"ר במשרד הבריאות, מכתב, 26 בספטמבר 2016 [נמסר: 9 בנובמבר 2016].



נוסף על כך, מעיון בספרות המקצועית עולה כי בישראל לא נערכו סקרים אפידמיולוגיים מקיפים לבחינת מספר הסובלות מהפרעות אכילה.³⁷ יודגש שיש קשיים מתודולוגיים בהערכת מספר החולות, שכן בשל הנטייה להסתרה ולהכחשה, המאפיינת את הסובלות מהפרעות אכילה, קשה להשיג נתונים אמין.³⁸ לדוגמה, לעתים קרובות נשים אנוורקטיות לובשות בגדים רחבים כדי להסתיר את מצבן, ובקרב נשים בולימיות לא בהכרח מופיעים סממנים חיצוניים המעידים על בעיה.³⁹ נוסף על כך, חלק מהחולות פונות לקבלת טיפול מגורמים פרטיים ולכן אינן מוכרות למערכת הבריאות הציבורית.

כאמור, מרכז המחקר והמידע של הכנסת פנה למשרד הבריאות בבקשה לקבל הערכה של היקף תופעת הפרעות האכילה בישראל. המשרד מסר כי בהנחה ש-6%-8% מהנערות והנשים בנות 15-24, סובלות מהפרעת אכילה, התפלגות החולות היא כלהלן: 1.2% סובלות מאנוורקסיה, 2% סובלות מבולימיה, ועוד 3%-5% סובלות מהפרעות אכילה בלתי מסווגות, **ואפשר לשער כי בפועל יש כיום 30,000-40,000 נערות ונשים בנות 15-24 הסובלות מהפרעות אכילה בישראל.**⁴⁰ בתשובה שקיבלנו לא צוינו מקורה של הנחה זו ו על בסיס איזו שנה ניתנה ההערכה. **חישוב של מרכז המחקר והמידע של הכנסת על בסיס הנחה זו ובהתאם לנתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה לשנת 2015**⁴¹ מעלה כי יש בישראל 37,050-49,400 נערות ונשים בנות 15-24 הסובלות מהפרעות אכילה. **בנתון זה לא נכללות נשים בנות יותר מ-24 או גברים, ולכן סביר שמדובר בהערכת חסר.** לדברי משרד הבריאות, 0.2% מהגברים בני 15-24 לוקים באנוורקסיה, וכ-0.5% מהנערות והגברים הצעירים סובלים מבולימיה (המשרד לא מסר את טווח הגילים בקבוצת הנערות והגברים הצעירים).⁴²

בהנחה שהערכת משרד הבריאות מבוססת על היקף התופעה בעולם, יש מקום לציין כמה בעיות שמקשות על השוואה בין ישראל למדינות אחרות. ראשית, קשה להעריך את שיעור הפרעות האכילה הבלתי-מסווגות, הפרעות האכילה הנפוצות ביותר, ואת שיעור הפרעות האכילה ההתקפיות, מאחר שיש פחות מחקר על אבחנות אלו. שנית, אין אחידות בהגדרה של הפרעות אכילה במחקרים שונים,⁴³ ולאחרונה אף היו שינויים באופן שבו הן מוגדרות באופן רשמי.⁴⁴ שלישית, טווח הממצאים העולה מההשוואות השונות רחב מאוד, כלומר יש הבדלים מהותיים בין מדינות ובין הגדרות אוכלוסיית המחקר במחקרים שונים. לדוגמה, בסקירה מצוטטת מאוד של מחקרים מצפון אמריקה ואירופה נמצא כי בכל שנה נתונה, בקרב **נשים צעירות**, כ-0.37% סובלות מאנוורקסיה, 1.5% סובלות מבולימיה, ו-1%

³⁷ בסקירה של מחקרים קהילתיים בישראל שנערכה ב-2007 נמצאה שונות רבה בשיעור הסובלות מהפרעות אכילה. בקרב מתגוררות יהודיות, לדוגמה, שיעור האנוורקסיה נע בין 0.2% ועד כ-20%. מחקרים אלו השתמשו בהגדרות שונות ובצורות מדידה שונות, מה שמקשה על השוואה בין הנתונים. יעל לצר, "הפרעות אכילה ועמדות כלפי אכילה בישראל: סקירת מחקר וטיפול", **חברה ורווחה** כז, 3, 2007.

³⁸ Hans W. Hoek and Daphne Van Hoeken, "Review of the Prevalence and Incidence of Eating Disorders", *International Journal of Eating Disorders* 34, 3, 2003, pp. 383-396.

³⁹ איתן גור, מנהל המרכז להפרעות אכילה ומשקל במרכז הרפואי שיבא, בית-החולים תל השומר, שיחת טלפון, 15 בספטמבר 2016.

⁴⁰ מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה וע"ר במשרד הבריאות, מכתב, 26 בספטמבר 2016 [נמסר: 9 בנובמבר 2016].
⁴¹ לפי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, בשנת 2015 היו בישראל 617,500 נשים בנות 15-24. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, **לוח 2.3, אוכלוסייה, לפי קבוצת אוכלוסייה, דת, מין וגיל, ממוצע 2015**, תאריך אחזור: 3 בנובמבר 2016.

⁴² מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה וע"ר במשרד הבריאות, מכתב, 26 בספטמבר 2016 [נמסר: 9 בנובמבר 2016].
⁴³ Frederique R. E. Smink, Daphne van Hoeken, and Hans W. Hoek, "Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, prevalence, and mortality Rates", *Current Psychiatry Reports* 14, 2012, pp. 406-414.

⁴⁴ כאמור, אבחנה זו נחשבת לפי ה-ICD לחלק מהפרעות אכילה בלתי מסווגות, אך מקובל להתייחס אליה כאל תת-סוג מובחן בקטגוריה זו. כחלק מהשינויים באופן שבו הוגדרו הפרעות האכילה ב-DSM-5 הוגדרה הפרעת אכילה התקפית כהפרעת אכילה נפרדת.



סובלות מהפרעת אכילה התקפית.⁴⁵ לעומת זאת, במחקר אחר מארצות-הברית נמצא כי בכל שנה נתונה, בקרב האוכלוסייה הכללית, 0.3% סובלים וסובלות מבולימיה וכ-1.2% סובלים וסובלות מהפרעת אכילה התקפית (הנתונים לגבי אנורקסיה היו נמוכים מכדי להיות בעלי משמעות סטטיסטית).⁴⁶ החלת שיעורים אלו על אוכלוסיית ישראל לשנת 2015 מעלה כי מספר הסובלים והסובלות מהפרעות אכילה בישראל בשנה נתונה הוא בין 17,723⁴⁷ ל-125,701, בהתאמה.⁴⁸ הערכה זו מעלה את השאלה לאילו מדינות אפשר להשוות את ישראל, אם בכלל, ובאילו מדדים יש להשתמש בהשוואה זו.

2.2. מספר המטופלות בישראל

מרכז המחקר והמידע פנה למשרד הבריאות בבקשה לקבל נתונים על מספר החולות המאובחנות ועל מספר החולות שקיבלו טיפול רפואי במחלתן, שכן רק חלק מהחולות שאובחנו כסובלות מהפרעות אכילה מגיעות לקבלת טיפול. משרד הבריאות לא העביר לידנו נתונים על מספר המאובחנות. אשר למספר המטופלות, המשרד העביר רק נתונים על מספר החולות שאושפזו אשפוז מלא ולא על החולות שטופלו במרפאות, באשפוז יום או בטיפול יום.

לפי נתוני משרד הבריאות, בין 1 ביולי 2011 ל-1 ביולי 2016 אושפזו 1,050 אנשים עם אבחנה של הפרעת אכילה – כ-2% מכלל האנשים שאושפזו בתחום בריאות הנפש בתקופה זו. 89% מהמאושפזים היו נשים, ו-85% מהמאושפזים היו בני 34 או פחות. 57% מהמאושפזים עם אבחנת הפרעת אכילה בתקופה זו היו בני 24 או פחות, לעומת 21% בלבד בקרב המאושפזים בגין הפרעות נפשיות אחרות.⁴⁹ יודגש כי מרכז המחקר והמידע של הכנסת ביקש לקבל את הנתונים לפי שנים ולא במצטבר, כפי שהעביר המשרד. כמו כן, לא ידוע לנו אם מ-1,050 המאושפזים היו מאושפזים שנספרו יותר מפעם אחת בשל אשפוז חוזר, ואם כן, מה שיעורם.

⁴⁵ נתונים אלו מבוססים על מחקר משנת 2003, שהוא נקודת התייחסות מקובלת בספרות המחקרית על הפרעות אכילה. בסקירה מאוחרת יותר שערך אותם חוקרים נתקבלה הערכה זהה לגבי אנורקסיה, הערכה נמוכה יותר לגבי בולימיה (1% מהנשים הצעירות), וכמה הערכות שונות לגבי הפרעות אכילה בלתי מסווגות, כולל הפרעת אכילה התקפית. הסיבה לשימוש בקריטריונים שונים היא העמימות בהגדרה של הפרעות אלו. ראו, Hans W. Hoek and Daphne Van Hoeken, *Review of the Prevalence and Incidence of Eating Disorders, International Journal of Eating Disorders* 34, 3, 2003, pp. 383-396; Frederique R. E. Smink, Daphne van Hoeken, and Hans W. Hoek, "Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, prevalence, and mortality rates", *Current Psychiatry Reports* 14, 2012, pp. 406–414.

⁴⁶ נתון זה מתבסס על מחקרם של הדסון ואח' ששימש את המוסד הלאומי לבריאות הנפש בארצות-הברית (National Institute of Mental Health) להערכת היקף התופעה בארצות-הברית. ראו James I. Hudson, Eva Hiripi, Harrison G. Pope Jr., and Ronald C. Kessler, "The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in National Comorbidity Survey Replication", *Biological Psychiatry* 61, 3, 2007, pp. 348–358.

⁴⁷ יצוין כי בסקירת המחקרים המתייחסת לנשים צעירות לא הוגדרה קבוצה זו במדויק. לנוכח טווחי הגילים המצוטטים במאמרים שעליהם הסקירה מבוססת, השתמשנו בטווח של גיל 15-24 לצורך חישוב זה. יצוין כי גם בהערכת משרד הבריאות נעשה שימוש בטווח גילים זה כדי לחשב את מספר הנשים והנערות הצעירות הסובלות מהפרעות אכילה. מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה וע"ר במשרד הבריאות, מכתב, 26 בספטמבר 2016 [נמסר: 9 בנובמבר 2016].

⁴⁸ חישובים אלו מתבססים על המדד של מספר חולות ב-12 חודשים (12 months prevalence). קיימים גם מדדים אחרים, והבולט בהם הוא הימצאות המחלה במשך החיים (lifetime prevalence), כלומר כמה מהתושבים סבלו מהמחלה במשך חייהם עד זמן ההערכה. מחקר מארצות-הברית מצא כי לפי מדד זה, בקרב האוכלוסייה הכללית 0.6% סבלו מאנורקסיה, 1% סבלו מבולימיה, וכ-2.8% סבלו מהפרעת אכילה התקפית; בהשלכה על נתוני אוכלוסיית ישראל לשנת 2015, המשמעות של שיעורים אלו היא שכ-368,725 מתושבי ישראל סבלו או סובלים מהפרעות אכילה. ראו James I. Hudson, Eva Hiripi, Harrison G. Pope Jr., and Ronald C. Kessler, "The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in National Comorbidity Survey Replication", *Biological Psychiatry* 61, 3, 2007, pp. 348-358.

⁴⁹ מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה וע"ר במשרד הבריאות, מכתב, 26 בספטמבר 2016 [נמסר: 9 בנובמבר 2016].



פנינו גם לקופות-החולים בבקשה לקבל נתונים על מספר המבוטחים שאובחנו כלוקים הפרעות אכילה ועל מספר המטופלים בתחום זה. רק חלק מהקופות מסרו נתונים, אולם מנתונים אלה קשה ללמוד על מספר החולים המאובחנים או המטופלים הסובלים מהפרעות אכילה בקופה ולכן לא נציגם במסמך.

נתונים על מספר הסובלות מהפרעות אכילה שקיבלו טיפול במרפאות בריאות הנפש (מרפאות ממשלתיות ומרפאות שהפעילו קופות-החולים) הובאו בדיווח של מנכ"ל משרד הבריאות לוועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת במאי 2013. **לפי דיווח זה, מיום 5 במאי 2013, במועד זה טופלו במרפאות אלה כ- 2,040 לוקים ולוקות בהפרעות אכילה.**⁵⁰

במחקרים שנערכו בישראל נמצא כי המטופלות הן בעיקר צעירות חילוניות ורווקות המתגוררות בערים ובקיבוצים במרכז הארץ. עם זאת, לא ניתן להסיק ממאפייני קבוצה זו מהם מאפייניהן של כלל החולות בישראל. מהספרות המקצועית עולה כי תופעת הפרעות האכילה קיימת גם בקרב קבוצות אוכלוסייה אחרות, לדוגמה בקרב נשים ערביות, אתיופיות או דתיות, אך קשה יותר לאבחן אותה ולטפל בה בקבוצות אלה עקב הבדלים תרבותיים.⁵¹

2.3. מספר המאובחנות החדשות בכל שנה

מידע על מספר המקרים החדשים בשנה ("היארעות") הכרחי אף הוא לצורך תכנון ופיתוח של שירותים. לפי משרד הבריאות, כ-1,500 ילדים ובני-נוער מאובחנים כלוקים בהפרעות אכילה מדי שנה בשנה.⁵² משרד הבריאות לא מסר מהו המקור לנתון זה, אך יצוין כי נתון זה נמצא במחקר של מרכז המחקר והמידע של הכנסת משנת 2010, שהתבסס על נתוני מכבי שירותי בריאות וקופת-חולים מאוחדת והתייחס לבני-נוער בלבד.⁵³ מאחר שמדובר בנתונים של שתי קופות-חולים בלבד המתייחסים אך ורק לבני-נוער, סביר להניח שמדובר בהערכת חסר.

מרכז המחקר והמידע של הכנסת פנה לארבע קופות-החולים בבקשה לקבל נתונים על מספר המטופלות ומספר המאובחנות החדשות בכל שנה בשנים 2010-2016.⁵⁴ כללית שירותי בריאות (להלן: כללית), קופת-החולים הגדולה בישראל, המבטחת כ-52% מהמבוטחים, לא סיפקה נתונים על מספר המאובחנים החדשים בקופה, וקופת-חולים מאוחדת (להלן: מאוחדת), המבטחת כ-14% מהמבוטחים, סיפקה נתונים לגבי חלק מהמחוזות בלבד וללא פילוחים לפי מגדר וגיל, ולכן לא יכולנו להשתמש בנתוניה. בתרשים 1 מוצג ממוצע האבחנות החדשות בשנה על בסיס נתוני השנים 2010-2016 שהעבירו לנו מכבי שירותי בריאות, שכאמור מבטחת כיום כ-25% מהמבוטחים בישראל וקופת-חולים לאומית, המבטחת כיום כ-8.5% מהמבוטחים בישראל.⁵⁵ **כלומר, הנתונים המוצגים בתרשים 1 מתייחסים לכשליש בלבד מהמבוטחים בקופות-החולים.**

⁵⁰ מנכ"ל משרד הבריאות, פרופ' רוני גמזו, [מכתב לחברי וועדת העבודה, הרווחה והבריאות](#), 5 במאי 2013, תאריך כניסה: 6 בדצמבר 2016.

⁵¹ פרופ' יעל לצר, מנהלת המרפאה לטיפול ומחקר בהפרעות אכילה בקריה הרפואית רמב"ם, שיחת טלפון, 21 בספטמבר 2016; יעל לצר, "הפרעות אכילה ועמדות כלפי אכילה בישראל: סקירת מחקר וטיפול", [חברה ורווחה](#) כז, 3, 2007.

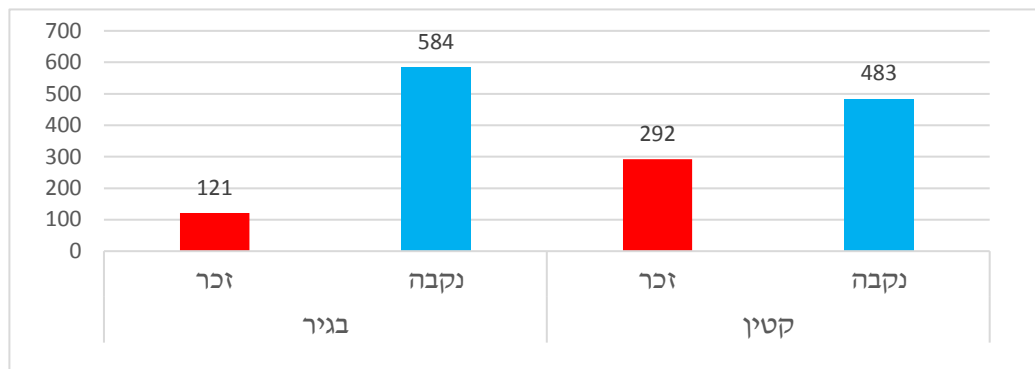
⁵² מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה וע"ר במשרד הבריאות, מכתב, 26 בספטמבר 2016 [נמסר: 9 בנובמבר 2016].
⁵³ אתי וייסבלאי, [הפרעות אכילה בקרב ילדים ובני-נוער: תיאור התופעה, מניעתה ואיתורה](#), מרכז המחקר והמידע של הכנסת, 8 בפברואר 2010.

⁵⁴ יש הבדלים בין הקופות אשר לאופן שבו חושבה התקופה של 2016: במכבי, הנתונים הם עד 22 בספטמבר 2016; בלאומית – עד 20 באוקטובר 2016; במאוחדת – עד 30 בספטמבר 2016. כללית לא מסרה נתונים על 2016.

⁵⁵ המוסד לביטוח לאומי, מינהל המחקר והתכנון, [חישוב מפתח חלוקת כספי ביטוח בריאות בין קופות-החולים](#), 1 בדצמבר 2016.



תרשים 1: מספר המאובחנים החדשים עם הפרעות אכילה בשנה בממוצע במכבי ובלאומית לפי גיל ומגדר, 2010-2016⁵⁶



מתרשים 1 עולה כי בשש השנים האחרונות אובחנו כ-1,500 חולות וחולים חדשים עם הפרעות אכילה **בממוצע** מדי שנה בשנה. בנתון זה נכללים גברים ונשים, בוגרים וקטינים; התפלגות החולים לפי גיל ומגדר דומה בשנים השונות. כאמור, נתונים אלו אינם כוללים מאובחנים של כללית או מאוחדת ולכן סביר לקבוע שמדובר בהערכת חסר. מהתרשים עולה כי בין המאובחנים שדווח לנו עליהם, קטינים הם מעט יותר ממחצית מכלל האבחנות (52%, או 775 מאובחנים בממוצע). זכרים היו בממוצע כ-28% מכלל המאובחנים החדשים, ושיעורם היה גבוה יותר בקרב קטינים (כ-37.5% בממוצע) מבקרב בגירים (כ-17% בממוצע). נזכיר כי נתונים אלו מתייחסים למאובחנים חדשים ולא למקבלי טיפול וכי לפי משרד הבריאות כ-89% מהמאושפזים בחמש השנים האחרונות (בין ה-1 ביולי 2011 ל-1 ביולי 2016) היו נשים.⁵⁷

הממצא שלעיל – כי בשתי קופות המבטחות יחדיו כשליש מאוכלוסיית ישראל מאובחנים בכל שנה כ-1,500 חולות וחולים חדשים בממוצע, ומהם כ-775 (כ-52%) קטינים – שונה מהותית מהנתונים שמסרו למרכז המחקר והמידע בשנת 2010 מכבי ומאוחדת, שעל-פיהם מדובר, כאמור, בכ-1,500 מאובחנים חדשים בכל שנה שהם בני-נוער בלבד. אין בידנו הסבר לפער בין נתונים אלו. הסבר חלקי לכך הוא שהמידע משנת 2010 התבסס על דיווחי מכבי ומאוחדת, שתי קופות חולים המבטחות יחדיו כ-40% מהמבוטחים בישראל, ואילו המידע הנוכחי מבוסס על דיווחי מכבי ולאומית, המבטחות כאמור כשליש מהמבוטחים. כלומר, הנתון המאוחר יותר מתייחס לחלק קטן יותר של האוכלוסייה. ואולם, נתון זה אינו מספק הסבר מלא לפער האמור.

בין הקופות, רק מכבי העבירה לידנו פילוח של הסובלות מהפרעות אכילה לפי סוג האבחנה. לפי נתוני מכבי, **הפרעת אכילה בלתי מסווגת היא ההפרעה שנקבעה בכ-99% מכלל האבחנות של מקרים חדשים בכל אחת מן השנים 2010-2016 (לדוגמה, 1,319 אבחנות מכלל 1,323 האבחנות החדשות שניתנו במכבי בשנת 2015 היו הפרעות אכילה בלתי מסווגות). אם כן, הפרעת אכילה בלתי מסווגת היא האבחנה הנפוצה ביותר בקרב מקרים חדשים, ונתון זה קבוע לאורך השנים.** מגמה דומה עלתה גם מנתונים על שנים קודמות שנמסרו למרכז המחקר והמידע של הכנסת.⁵⁸ יצוין כי נמסר לנו שחלק מרופאי מכבי עושים שימוש באבחנה של "ירידה במשקל" (weight loss) כדי להימנע מתיוג החולה ושיוכה לקטגוריה

⁵⁶ הנתונים של מכבי לשנת 2016 הם עד 22 בספטמבר 2016; נתוני לאומית הם עד 20 באוקטובר 2016.

⁵⁷ מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה וע"ר במשרד הבריאות, מכתב, 26 בספטמבר 2016 [נמסר: 9 בנובמבר 2016].

⁵⁸ להשוואה עם נתוני מכבי מהשנים 2000-2008 ראו אתי וייסבלאי, [הפרעות אכילה בקרב ילדים ובני-נוער: תיאור התופעה, מניעתה ואיתורה](#), מרכז המחקר והמידע של הכנסת, 8 בפברואר 2010.



של "הפרעת אכילה", ולכן סביר שמדובר בהערכת חסר.⁵⁹ נזכיר כי הקטגוריה של הפרעת אכילה בלתי מסווגת משמשת קטגוריה כללית, ונקבעת במקרים שבהם הפרעת האכילה אינה תואמת את הקריטריונים המגדירים הפרעות אכילה ספציפיות יותר.

3. המערך הטיפולי לפני הרפורמה הביטוחית בבריאות הנפש ואחריה

הטיפול בהפרעות אכילה ניתן בכמה מסגרות טיפוליות, החל בטיפול פרטני עם דיאטן, פסיכולוג, פסיכיאטר, עובד סוציאלי או מרפא בעיסוק (מטפל עצמאי או בקופה) שאינו חלק מצוות רב-מקצועי וכלה בטיפול מרפאתי, טיפול יום, אשפוז יום, טיפול מלא וכן בתים שיקומיים. בקרב הקהילה המקצועית בישראל מקובלת הטענה כי טיפול יעיל בהפרעות אכילה דורש שמירה על רצף טיפולי בין באמצעות טיפול במסגרת אחת המספקת למטופלות מענה על צרכים שונים והן באמצעות טיפול בכמה מסגרות נפרדות שגורמי הטיפול בהן מקיימים ביניהם שיתוף פעולה, תיאום והעברת מידע.⁶⁰ במועד כתיבת המסמך יש שתי מסגרות שנותנות מגוון של שירותים תחת קורת גג אחת ולכן אפשר ליצור במסגרתן רצף טיפולי מלא (במרכז הרפואי זיו בצפת ובבית-החולים סורוקה בבאר-שבע), ושתייהן מיועדות לבני-נוער בלבד.

בפרק זה נציג את מאפייני המערך הטיפולי, לפי מסגרות שונות, קודם העברת האחריות לתחום בריאות הנפש ממשדד הבריאות לקופות-החולים, שנכנסה לתוקף ב-1 ביולי 2015, ואחרי שינוי זה.

3.1. טיפול מרפאתי

הטיפולים הניתנים במסגרת מרפאות בריאות הנפש הם האמצעי המרכזי לטיפול בהפרעות אכילה. תדירות הטיפול בהפרעות אכילה היא של מפגש עד חמישה מפגשים טיפוליים בשבוע, בהתאם להערכת הצורך הרפואי ובהתאם לנוהלי משרד הבריאות. יודגש כי יש הבדל בין ביקור במרפאה לבין מפגש טיפולי (הידוע גם כ"מגע"), שכן בביקור אחד יכולה החולה לקבל כמה טיפולים שונים.

הטיפול המרפאתי בתחום בריאות הנפש, שנקבע ברפורמה הביטוחית, מבוסס על **שיטת המינויים, שעל-פיה יש שלושה סוגי מינויים** שאפשר להקצות למטופלת: **מינוי טיפולי אבחוני** (intake) של שני מפגשים, **מינוי טיפולי קצר** של שישה מפגשים למבוגרים או שמונה מפגשים לילדים ונוער, או **מינוי טיפולי ארוך** של 30 מפגשים, ללא קשר לגיל (על שיטה זו נרחיב בפרק 4.1). במרפאה ניתנים טיפולים על-ידי אנשי מקצוע שונים, ואם יש צורך בטיפול של אנשי מקצוע נוספים, החולה מופנית למטפלים חיצוניים (מטפלים של הקופה או מטפלים עצמאיים).

מרכז המחקר והמידע של הכנסת פנה למשרד הבריאות בבקשה לקבל נתונים על היקף הטיפול המרפאתי הניתן לסובלות מהפרעות אכילה בשנים האחרונות, אך לא נתקבל מענה בעניין זה. כאמור, מדיווח של המשרד לוועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת **במאי 2013 עולה כי בנקודת זמן זו טופלו כ-2,040 חולים וחולות בהפרעת אכילה במרפאות בריאות הנפש שהפעילו משרד הבריאות וקופות-החולים**.⁶¹

⁵⁹ בילי כהן, מנהלת המחלקה לתזונה, מכבי שירותי בריאות, שיחת טלפון, 9 בנובמבר 2016.
⁶⁰ מבקר המדינה, **הטיפול בהפרעות אכילה**, 2013, עמ' 895; ד"ר שקמה קלר, רופאת היחידה לטיפול בהפרעות אכילה בבית-החולים הדסה עין-כרם, שיחת טלפון, 18 בספטמבר 2016.

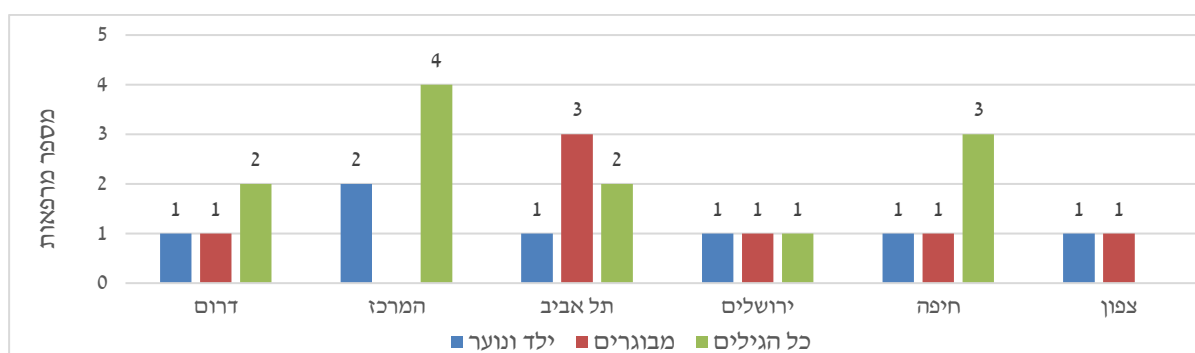
⁶¹ מנכ"ל משרד הבריאות, רוני גמזו, **מכתב לחברי ועדת העבודה, הרווחה והבריאות**, 5 במאי 2013.



טרם הרפורמה, הופקד משרד הבריאות על תחום בריאות הנפש ובתוקף אחריות זו הפעיל מרפאות לבריאות הנפש ורכש שירותים ממרפאות ייעודיות שהפעילו בתי-חולים ממשלתיים או קופות-החולים.⁶² בביקורת משנת 2012 מצא מבקר המדינה כי היה חוסר במרפאות לבריאות הנפש בכלל ובמרפאות ייעודיות להפרעות אכילה בפרט.⁶³ בהצעת תקציב משרד הבריאות שפורסמה באוקטובר 2016, נכתב כי ערב הרפורמה, קרי בשנים 2012-2015, הוקמו 61 מרפאות לבריאות הנפש בקהילה⁶⁴ והן נוספו על 56 המרפאות הממשלתיות הקיימות ועל המרפאות שהפעילו קופות-החולים.⁶⁵ **מספרן המדויק של המרפאות הייעודיות להפרעות אכילה שנפתחו בתקופה זו אינו בידנו.**

לפי משרד הבריאות, כיום, כלומר לאחר כניסת הרפורמה לתוקף, יש 26 מרפאות ייעודיות להפרעות אכילה לנוער ולבוגרים. כמו כן, קיימת מרפאה אחת לטיפול בתינוקות וילדים עד גיל שש. בתרשים 2 מוצגת פריסת 26 המרפאות הייעודיות בקהילה המספקות טיפול בהפרעות אכילה לנוער ולבוגרים, לפי מחוז גיאוגרפי⁶⁶ וגיל, כפי שנמסרה לנו על-ידי משרד הבריאות.

תרשים 2: מרפאות בקהילה לטיפול בהפרעות אכילה לפי משרד הבריאות, ספטמבר 2016⁶⁷



מתרשים 2 עולה כי לפי משרד הבריאות, בספטמבר 2016 היו 26 מרפאות ייעודיות לטיפול בהפרעות אכילה של בני-נוער ובוגרים בישראל: ארבע מהן במחוז דרום, שש במחוז המרכז, שש במחוז תל-אביב, שלוש במחוז ירושלים, חמש במחוז חיפה ושתיים במחוז צפון.

המרפאות מיועדות לטיפול בקהל מגוון, כלהלן:

- שבע מרפאות יועדו לילדים ונוער – מרפאה אחת בכל אחד מהמחוזות, למעט מחוז המרכז, שבו יש שתי מרפאות לילדים ונוער;
- שבע מרפאות יועדו למבוגרים – מרפאה אחת בכל אחד מהמחוזות צפון, חיפה, ירושלים ודרום ושלוש מרפאות במחוז תל-אביב. במחוז המרכז אין מרפאות למבוגרים;

⁶² כמו כן פעלו כמה מרפאות בבעלות פרטית שלא התקשרו עם משרד הבריאות.

⁶³ מבקר המדינה, [הטיפול בהפרעות אכילה](#), 2013, עמ' 875.

⁶⁴ [הצעת תקציב משרד הבריאות, 2017-2018](#), נובמבר 2016, עמ' 66.

⁶⁵ אורי אבירם ושגית אזארי-ויל, [הרפורמה בבריאות הנפש: סיכויים וסיכונים](#), מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל, יולי 2015, עמ' 17.

⁶⁶ החלוקה למחוזות נעשתה לפי הסיווג של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, הכולל שישה מחוזות, ולא לפי חלוקת המחוזות בקופות, מאחר שיש הבדלים מסוימים באופן שבו מתבצעת חלוקה זו בין הקופות. ראו הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, [הרשויות המקומיות בישראל 2014 – קובץ נתונים לעיבוד](#), תאריך כניסה: 8 בדצמבר 2016.

⁶⁷ מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה וע"ר במשרד הבריאות, מכתב, 26 בספטמבר 2016 [נמסר: 9 בנובמבר 2016].



- 12 מרפאות יועדו לכל הגילים – שתי מרפאות בכל אחד מהמחוזות דרום ותל-אביב, ארבע מרפאות במחוז המרכז, מרפאה אחת בירושלים ושלוש מרפאות בחיפה. במחוז הצפון אין מרפאות לכל הגילים.

לפי משרד הבריאות, תשע מהמרפאות הן בבעלות ממשלתית, שלוש מהן מופעלות בידי גופים פרטיים והדסה, שבע מרפאות של הן של מאוחדת, ארבע מרפאות – של מכבי, ושלוש מרפאות הן של כללית.⁶⁸

תשובות קופות-החולים בנושא זה היו שונות במידה מסוימת מתשובת משרד הבריאות: מאוחדת מסרה כי המרפאה בחיפה נסגרה, כך שהקופה מפעילה רק שש מרפאות ולא שבע מרפאות, כפי שמופיע בתשובת משרד הבריאות. מכבי מסרה כי היא אינה מפעילה מרפאה בבאר-שבע, כך שהקופה מפעילה רק שלוש מרפאות ולא ארבע מרפאות, כפי שצוין בתשובת משרד הבריאות. לאומית מסרה שהיא מפעילה מרפאה בירושלים, אולם בתשובת משרד הבריאות לא צוינה מרפאה זו; כמו כן, לאומית מסרה שהקופה עומדת לפתוח מרפאה באשדוד (במהלך דצמבר 2016),⁶⁹ וכללית מסרה שהקופה עומדת לפתוח מרפאה בעפולה (במהלך נובמבר 2016).⁷⁰ כלומר, על-פי תשובות קופות-החולים, באמצע נובמבר 2016 היו 25 מרפאות לטיפול בהפרעות אכילה לנוער ולבוגרים; בהנחה שהמרפאות החדשות ייפתחו במועד שנמסר לנו, בסוף דצמבר 2016 יהיו 27 מרפאות לטיפול בהפרעות אכילה, ובהן ארבע מרפאות במחוז הדרום, ארבע מרפאות במחוז ירושלים (במקום שלוש מרפאות כיום לפי משרד הבריאות), שש מרפאות במחוז המרכז, שש מרפאות במחוז תל-אביב, ארבע מרפאות במחוז חיפה (במקום חמש מרפאות כיום, לפי משרד הבריאות) ושלוש מרפאות במחוז הצפון (במקום שתי מרפאות כיום לפי משרד הבריאות). יודגש כי לא ניתן להסיק עד כמה פריסת המרפאות עונה על הצרכים, שכן אין בידנו מידע על היקף הדרישה בכל מחוז. כמו כן, לא ניתן ללמוד מהמידע הקיים על זמינות השירותים במרפאות השונות, מאחר שמספר המיוניים שהוקצה לכל מרפאה אינו כלול בנתונים וכן אין מידע על הרכב הצוות המטפל בהן.

מהנתונים שנמסרו לנו עולה כי זמן ההמתנה לקבלת טיפול מרפאתי משתנה על-פי המיקום הגיאוגרפי והקופה המבטחת. מכבי דיווחה על ממוצע המתנה של כחודש וחצי במרפאה שהיא מפעילה בחיפה ושל שלושה חודשים במרפאות הקופה בנתניה וברמת-השרון, ומסרה שבמרפאות חיצוניות לקופה ההמתנה ממושכת יותר. מאוחדת מסרה כי ההמתנה לטיפול מרפאתי היא חודש עד חמישה חודשים בירושלים, ואילו במחוזות צפון ומרכז מרכז ההתקבלות לטיפול היא מְיָדִית. לאומית מסרה כי משך ההמתנה בתחום בריאות הנפש, כולל הפרעות אכילה, הוא שבועות אחדים (לא צוינה חלוקה לאזורים הגיאוגרפיים). כללית לא מסרה מידע בנושא משך המתנה. המידע שנמסר לנו מרופאי המרפאות עצמם דומה: במרפאה למבוגרים בהדסה בירושלים דווח על המתנה של שבועות מספר ובמרפאה ברמב"ם בחיפה דווח על המתנה של חודשיים. בשיחות שקיימנו עם מנהלי מרפאות נמסר כי ההמתנה הממושכת נובעת ממחסור בכוח-אדם.⁷¹

⁶⁸ שם.

⁶⁹ ד"ר ארי לאודן, פסיכיאטר ראשי ומנהל מחלקת בריאות הנפש, חטיבת הרפואה, לאומית שירותי בריאות, שיחת טלפון, 7 בנובמבר 2016.

⁷⁰ מרפאה זו יתיתן שירות לאזור הגליל התחתון, עמק יזרעאל, עמק בית-שאן ואזור הכינרת. ד"ר יוסף בר-אל, מנהל מערך בריאות הנפש בחטיבת הקהילה, כללית שירותי בריאות, שיחת טלפון, 7 בנובמבר 2016.

⁷¹ פרופ' יעל לצר, מנהלת המרפאה לטיפול ומחקר בהפרעות אכילה בקריה הרפואית רמב"ם, שיחת טלפון, 21 בספטמבר 2016; ד"ר ענבל ראובני, מנהלת המרפאה לבריאות הנפש, ד"ר צופיה לאופר-בן-ארי, רופאה במרפאה להפרעות אכילה וביחידה האשפוזית להפרעות אכילה, ופרופ' איתן בכר, פסיכולוג ראשי, המחלקה הפסיכיאטרית בבית-החולים הדסה עין-כרם, מכתב, 25 באוקטובר 2016.



3.2. טיפול יום ואשפוז יום

מסגרות של אשפוז יום או טיפול יום הן מסגרות ביניים. טיפול יום ניתן במטרה למנוע אשפוז (טיפול קדם-אשפוזי, או halfway-in), ואילו אשפוז יום נועד להקל על המעבר מאשפוז מלא לשילוב בקהילה (טיפול פוסט-אשפוזי, או halfway-out). התעריפים שקבע משרד הבריאות לכל אחד משירותים אלה שונים במעט זה מזה, אך גורמי הטיפול שאתם שוחחנו מסרו כי מבחינה טיפולית אין הבדל בין המסגרות לעניין סוג הטיפולים הניתנים בהן או מספרם. משרד הבריאות מגדיר טיפול יום למבוגרים כסביבה טיפולית הפועלת חמישה ימים בשבוע במשך שמונה שעות ביום לכל הפחות. על המטופלים להשתתף בתוכנית במשך שלושה ימים בשבוע ובמשך שש שעות בכל יום לכל הפחות. לפי הנוהל הקיים, טיפול יום ניתן על-ידי צוות רב-מקצועי, אך אין בנוהל התייחסות לצוותים הייעודיים לטיפול בהפרעות אכילה.⁷²

לפי דיווח משרד הבריאות לוועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת במאי 2013, **במועד זה פעלו 77 עמדות לאשפוז יום או טיפול יום בישראל; לא נמסר מידע על התפלגותן לפי מוסדות.**⁷³ מרכז המחקר והמידע של הכנסת פנה למשרד הבריאות בבקשה לקבל נתונים על מספר העמדות לאשפוז יום או טיפול יום שהופעלו בשנים האחרונות, אך הבקשה לא נענתה. ד"ר יצחק וורגפס, מנהל המחלקה לבריאות הנפש במרכז הרפואי הממשלתי זיו בצפת ולשעבר יו"ר העמותה הישראלית למניעה, טיפול ומחקר בהפרעות אכילה, מסר לנו את הנתונים המוצגים בטבלה 1, המעודכנים ליולי 2015. אין בידנו מידע על מקורם של נתונים אלה. נציין כי עד למועד השלמת מסמך זה לא נתקבלה תשובה על בקשתנו ממשרד הבריאות לאשור את הנתונים שמסר ד"ר וורגפס או לתקנם.

טבלה 1: מספר עמדות טיפול יום בישראל, לפי מחוז, מוסד וקבוצות גיל ייעודיות, יולי 2015⁷⁴

מוסד	מחוז	עמדות לבוגרים	עמדות לקטינים	סך הכול עמדות
המרכז הרפואי זיו בצפת	צפון	0	10	10
המרכז הרפואי האוניברסיטאי סורוקה	דרום	0	12	12
בית-החולים הדסה עין-כרם	ירושלים	0	10	10
המרכז הרפואי אסף הרופא	מרכז	0	10	10
המרכז הרפואי שיבא תל-השומר	תל-אביב	10	10	20
סך הכול		10	52	62

מטבלה 1 עולה כי ביולי 2015 היו בישראל 62 עמדות לטיפול יום: 52 עמדות לקטינים ו-10 עמדות לבוגרים. עם זאת, מאז מועד זה נסגרה המחלקה לטיפול יום למבוגרים בשיבא, שבה היו 10 העמדות לבוגרים. לדברי ד"ר איתן גור, מנהל המרכז להפרעות אכילה ומשקל בשיבא תל-השומר, המחלקה נסגרה עקב התמחור הנמוך מדי של שירות זה בידי משרד הבריאות, שלא כיסה את העלויות בפועל,

⁷² משרד הבריאות, [נוהל מחלקת טיפול יום בקהילה – מבוגרים](#), ינואר 2005.

⁷³ מנכ"ל משרד הבריאות, רוני גמזו, [מכתב לחברי ועדת העבודה, הרווחה והבריאות](#), 5 במאי 2013.

⁷⁴ ד"ר יצחק וורגפס, מנהל המחלקה הפסיכיאטרית לילד ולמתבגר במרכז הרפואי זיו, מכתב, 26 בספטמבר 2016.



ועקב המחסור בפסיכיאטרים.⁷⁵ לכן, יש כיום בישראל 52 עמדות לאשפוז יום או טיפול יום לקטינים בלבד ואין עמדות לבוגרים. מאוחדת מסרה כי היא מתכננת לפתוח מחלקה לטיפול יום לבוגרים בשיתוף פעולה עם בית-החולים באר-יעקב, אולם לא ידוע מתי מחלקה זו תיפתח וכמה עמדות יופעלו בה.⁷⁶

3.3. אשפוז מלא

מטופלים עם הפרעות אכילה באשפוז מלא שוהים בבתי-חולים כלליים במחלקות לבריאות הנפש או במחלקות אשפוז ייעודיות להפרעות אכילה, ובמקרים מסוימים – גם במחלקות לאשפוז כללי. אשפוז מלא קיים גם במרכזים רפואיים לבריאות הנפש. לפי משרד הבריאות, בין 1 ביולי 2011 ל-1 ביולי 2016 אושפזו כ-1,050 מטופלים, ומשך שהייה באשפוז בגין הפרעת אכילה בתקופה זו היה 54 יום בממוצע לעומת 40 יום בממוצע בקרב המאושפזים בגין הפרעות נפשיות אחרות. נציין כי לא ידוע לנו אם מאושפזים נספרו יותר מפעם אחת בשל אשפוז חוזר.⁷⁷

דוח מבקר המדינה שבחן סוגיה זו בשנת 2012 ופורסם בשנת 2013 נכתב כי מחלקות האשפוז הייעודיות הן המסגרת המועדפת לאשפוז, מאחר שהצוותים הרב-מקצועיים בהן מסוגלים לתת מענה על בעיות רפואיות ונפשיות כאחד. כמו כן, נכתב שיש להעדיף אשפוז במחלקה לבריאות הנפש בבית-חולים כללי על אשפוז במרכז לבריאות הנפש, משום שבבתי-חולים אלה ניתן מענה גם על בעיותיה הפיזיות של החולה. המבקר ציין עוד כי הצורך בהזנה בכפייה יוצר קשיים מיוחדים באשפוז במחלקות לבריאות הנפש, שאין ערוכות לכך.⁷⁸

דוח מבקר המדינה האמור הצביע על מחסור במיטות אשפוז ועל המתנה ממושכת לאשפוז. בטבלה 2 מוצגים נתונים על מספר מיטות האשפוז הייעודיות להפרעות אכילה בשנים 2012 ו-2016, כפי שנמסרו למרכז המחקר והמידע בידי משרד הבריאות.⁷⁹

טבלה 2: מספר מיטות אשפוז ייעודיות להפרעות אכילה, לפי מוסד וקבוצת גיל, 2012 ו-2016⁸⁰

מוסד	מחוז	גיל	מספר מיטות בשנת 2012	מספר מיטות בשנת 2016
המרכז הרפואי שיבא תל-השומר	תל-אביב	בוגרים	24	32
בית-החולים הדסה עין-כרם	ירושלים	בוגרים	5	8
המרכז הרפואי האוניברסיטאי סורוקה	דרום	נוער	0	8
בית-החולים הדסה עין-כרם	ירושלים	נוער	5	5
המרכז הרפואי זיו בצפת	צפון	נוער	5	5

⁷⁵ ישיבת הוועדה לקידום מעמד האישה ולשוויון מגדרי, 27 ביוני 2016. פרוטוקול הדיון טרם הועלה לאתר הוועדה, אך אפשר לצפות בשידור הדין, מדקה 44:00 ואילך.

⁷⁶ רועי בן משה, מנהל אגף תכנון ותקצוב, קופת-חולים מאוחדת, מכתב, 8 בנובמבר 2016, ושיחת טלפון, 9 בנובמבר 2016.

⁷⁷ מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה וע"ר במשרד הבריאות, מכתב, 26 בספטמבר 2016 [נמסר: 9 בנובמבר 2016].

⁷⁸ מבקר המדינה, הטיפול בהפרעות אכילה, 2013, עמ' 869-871.

⁷⁹ הנתונים בטבלה 4 זהים לאלו שהוצגו לוועדה לקידום מעמד האישה ולשוויון מגדרי בישיבה מ-27 ביוני 2016; נכון ל-1 בנובמבר 2016, המצגת אינה זמינה באתר הוועדה.

⁸⁰ מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה וע"ר במשרד הבריאות, מכתב, 26 בספטמבר 2016 [נמסר: 9 בנובמבר 2016].



מוסד	מחוז	גיל	מספר מיטות בשנת 2012	מספר מיטות בשנת 2016
המרכז הרפואי שיבא תל השומר	תל-אביב	נוער	20	20
מרכז שניידר לרפואת ילדים בפתח-תקווה	המרכז	נוער	6	6
		סה"כ	65	84

משורת הסיכום של טבלה 2 עולה כי לפי משרד הבריאות, בשנים 2012-2016 התווספו 19 מיטות אשפוז בתחום הפרעות האכילה בישראל: שמונה במחוז תל-אביב (שיבא), שלוש במחוז ירושלים (הדסה) ושמונה במחוז הדרום (סורוקה). לפיכך, **כיום יש 40 מיטות אשפוז לבוגרים ו-44 מיטות אשפוז לנוער.**

משיחות שקיימנו במהלך כתיבת המסמך עלה כי שש המיטות במרכז שניידר לרפואת ילדים בפתח-תקווה אינן ייעודיות לטיפול בהפרעות אכילה אלא הן חלק מהיחידה להתערבות במשבר.⁸¹ כמו כן, יש אי-בהירות אשר למספר המיטות בהדסה: כפי שמוצג בטבלה 2, בתשובת משרד הבריאות למרכז המחקר והמידע של הכנסת צוין כי יש 13 מיטות, שמונה מהן מיועדות למבוגרים וחמש מיועדות לילדים. עם זאת, הפסיכולוג הראשי של הדסה, פרופ' איתן בכר, מסר למרכז המחקר והמידע של הכנסת כי בהדסה 15 מיטות: 10 מיטות המיועדות למבוגרים וחמש מיטות המיועדות לנוער.⁸² לא עלה בידנו לברר את הסיבה לפער של שתי מיטות בין הדיווחים.

דוח מבקר המדינה שפורסם בשנת 2013 הצביע גם על קיומה של המתנה ממושכת עד לקבלה לאשפוז מלא, של חודשיים עד ארבעה חודשים. לדברי ד"ר שקמה קלר, רופאת היחידה לטיפול בהפרעות אכילה בבית-החולים הדסה עין-כרם, כיום, לאחר הרפורמה, יש שבע חולות ברשימת ההמתנה לאשפוז, וההמתנה יכולה להימשך עד שלושה חודשים לכל היותר. ד"ר איתן גור, מנהל המרכז לטיפול בהפרעות אכילה ומשקל במרכז הרפואי שיבא תל-השומר, מסר כי יש ברשימת ההמתנה לאשפוז 27 חולות, וכי משך ההמתנה הוא בין פחות מחודש לחודשים מספר. ד"ר גור הסביר כי ניתנת קדימות לחולות חדשות ולכן משך ההמתנה של חולות חדשות (שנכללות בהן חולות שאשפוזן האחרון היה לפני מספר רב של שנים) הוא פחות מחודש, בעוד חולות כרוניות עלולות להמתין כמה חודשים. גם מהיחידה האשפוזית בהדסה נמסר שלחולה שטרם אושפזה במחלקה ניתנת קדימות לעומת חולות שכבר טופלו בה. **עמדה זו מבוססת על הגישה שלפיה בשלבים הראשונים של המחלה יש חלון הזדמנויות לטיפול בחולה באופן שיכול למנוע את הישנות המחלה, ולעומת זאת סיכויי ההחלמה של חולות כרוניות במסגרת של אשפוז נמוכים יותר ויבאו לייצוב זמני ולשחרורן עד לאשפוז הבא.** נזכיר כי לפי משרד הבריאות, 50% מהחולות יחלימו, 30% יחלימו במידה חלקית, ו-15%-20% מהחולות יהיו חולות כרוניות. גם מהדסה וגם משיבא נמסר כי חולות הנמצאות במצב של סכנת חיים יתקבלו מיד.⁸³

⁸¹ ד"ר סילבנה פניג, מנהלת המחלקה לרפואה פסיכולוגית במרכז שניידר לרפואת ילדים בישראל, שיחת טלפון, 20 בספטמבר 2016.

⁸² אפשר לאשפוז יותר מטופלות, בהתאם לצורך וליכולת. פרופ' איתן בכר, פסיכולוג ראשי, המחלקה הפסיכיאטרית בבית-החולים הדסה עין-כרם שיחת טלפון, 8 בנובמבר 2016.

⁸³ ד"ר שקמה קלר, רופאת היחידה לטיפול בהפרעות אכילה בבית-החולים הדסה עין-כרם, שיחת טלפון, 18 בספטמבר 2016; ד"ר איתן גור, מנהל המרכז להפרעות אכילה ומשקל במרכז הרפואי שיבא תל-השומר, שיחת טלפון, 15 בספטמבר 2016.



3.4. בתים שיקומיים

בתים שיקומיים הם מוסדות המיועדים על-פי רוב לחולות שהשתחררו מאשפוז מלא אך עדיין אינן מוכנות להשתלב בקהילה. המטופלות לנות בבית השיקומי ומשתתפות בתוכנית שיקום אישית הכוללת מעקב תזונתי ורפואי וכן עזרה בשילוב בקהילה באמצעות התנדבות או תעסוקה. יצוין כי בבתים אלו קולטים גם גברים הסובלים מהפרעות אכילה.

בתקופה שלפני הרפורמה פעלו בישראל שני בתים שיקומיים: בית "אמצע הדרך" בהוד-השרון, שהחל לפעול במאי 2008 בחסות המחלקה להפרעות אכילה בבית-החולים שיבא תל-השומר ברמת-גן, ובית "צידה לדרך", שהחל לפעול ביולי 2009 בחסות המרפאה להפרעות אכילה במרכז הרפואי רמב"ם בחיפה. ב-2015 החל לפעול בית שיקומי נוסף בבאר-שבע, באמצעות חברת ח.צ. שיקום בקהילה.⁸⁴ לדברי משרד הבריאות כל בית יכול לקלוט עד 15 מטופלות ומטופלים,⁸⁵ אך על-פי דוח המוסד לביטוח לאומי, בתים אלו יכולים לקלוט עד 14 מטופלות ומטופלים.⁸⁶ לדברי ד"ר איתן גור, מנהל המרכז לטיפול בהפרעות אכילה ומשקל במרכז הרפואי שיבא תל-השומר, הבתים אינם נמצאים בתפוסה מלאה.⁸⁷

גורמים שעמם שוחחנו מסרו כי הבתים השיקומיים הם הצלחה טיפולית, כיוון שחלק ניכר מהמטופלות בהם משתלבות בקהילה בצורה משביעת רצון.⁸⁸ גם בדוח של המוסד לביטוח לאומי משנת 2013 נמצא כי המטופלות בבתים השיקומיים הראו ירידה בתסמינים של הפרעות אכילה והשתלבו בתעסוקה ובלמודים.⁸⁹ הביקורת העיקרית שעלתה בשיחות שקיימנו עם אנשי מקצוע היא שהפרויקט מיועד לחולות וחולים במשקל גבוה יחסית ובתפקוד תקין, ולכן אינו מספק מענה על צורכיהן של חולות ברמת תפקוד נמוכה יותר.⁹⁰

4. הקשיים המרכזיים שהמערך הטיפולי מתמודד עמם כיום

בפרק זה נציג את הקשיים המרכזיים במתן הטיפול שהועלו בפנינו במהלך כתיבת המסמך. נציג להלן את סוגיית הטיפול המרפאתי, את הקשיים במסגרות לטיפול/אשפוז יום, ואת נושא האשפוז המלא; לבסוף יוצג בקצרה נושא כוח-האדם הדרוש לטיפול בהפרעות אכילה.

באופן כללי, חלק מהגורמים הטיפוליים שעמם שוחחנו, ובהם מכבי שירותי בריאות, טענו כי עד כה הרפורמה בבריאות הנפש לא הביאה לשיפור היצע המסגרות לטיפול בהפרעות אכילה.⁹¹ משרד הבריאות וקופת-חולים לאומית טענו כי הרפורמה שיפרה במידה ניכרת את הנגישות לשירותים המרפאתיים.⁹²

⁸⁴ מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה וע"ר במשרד הבריאות, מכתב, 26 בספטמבר 2016 [נמסר: 9 בנובמבר 2016].

⁸⁵ שם.

⁸⁶ ד"ר טלי היוש, מיכל היישריק, עינת יצחק-מונסונגו ופרופ' רבקה לזובסקי, תוכנית הבתים השיקומיים לנשים צעירות המחלימות מהפרעות אכילה, המוסד לביטוח לאומי, מינהל המחקר והתכנון והאגף לפיתוח שירותים, יוני 2013.

⁸⁷ ד"ר איתן גור, מנהל המרכז להפרעות אכילה ומשקל במרכז הרפואי שיבא, שיחת טלפון, 15 בספטמבר 2016.

⁸⁸ שם; פרופ' יעל לצר, מנהלת המרפאה לטיפול ומחקר בהפרעות אכילה בקריה הרפואית רמב"ם, שיחת טלפון, 21 בספטמבר 2016.

⁸⁹ ד"ר טלי היוש, מיכל היישריק, עינת יצחק-מונסונגו ופרופ' רבקה לזובסקי, תוכנית הבתים השיקומיים לנשים צעירות המחלימות מהפרעות אכילה, המוסד לביטוח לאומי, מינהל המחקר והתכנון והאגף לפיתוח שירותים, יוני 2013.

⁹⁰ ד"ר שקמה קלר, רופאת היחידה לטיפול בהפרעות אכילה בבית-החולים הדסה עין-כרם, שיחת טלפון, 18 בספטמבר 2016.

⁹¹ בילי כהן, מנהלת המחלקה לתזונה, מכבי שירותי בריאות, מכתב, 25 באוקטובר 2016; ד"ר יצחק וורגפס, מנהל המחלקה הפסיכיאטרית לילד ולמתבגר במרכז הרפואי זיו, שיחת טלפון, 23 בספטמבר 2016.

⁹² מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה וע"ר במשרד הבריאות, מכתב, 26 בספטמבר 2016 [נמסר: 9 בנובמבר 2016]; ד"ר ארי לאודן, פסיכיאטר ראשי ומנהל מחלקת בריאות הנפש, חטיבת הרפואה, לאומית שירותי בריאות, מכתב, 30 באוקטובר 2016.



על-פי כללית, הרפורמה טרם הושלמה, ולאחר ההתמקדות בפיתוח מרפאות בריאות נפש כלליות יפותח בעתיד תחום הפרעות האכילה, על סמך ניתוח הצרכים הקיימים.⁹³

4.1. טיפול במרפאות לבריאות הנפש

משיחות שקיימנו במהלך כתיבת מסמך זה עולה כי הקשיים שהמרפאות לבריאות הנפש מתמודדות עמם בתחום הטיפול בהפרעות אכילה נובעים ממחסור במרפאות ייעודיות ומעומס העבודה המוטל עליהן בהשוואה למשאבים המוגבלים העומדים לרשותן.

כאמור, כיום על-פי נתוני משרד הבריאות יש 26 מרפאות ייעודיות לטיפול בהפרעות אכילה לבוגרים ולנוער ולפי קופות-החולים יש 25 מרפאות. משיחות עם גורמים שונים עלה כי היצע המרפאות להפרעות אכילה עדיין איננו מספיק. עם זאת, לא ידוע לנו מה מספר המרפאות החסר ובאילו אזורים גיאוגרפיים יש צורך בהוספת מרפאות. משיחות שקיימנו במהלך כתיבת מסמך זה עלה כי בשל המחסור בהיצע, חלק מהמטופלות נאלצות לנסוע מרחק רב כדי לקבל טיפול מצוות רב-מקצועי ייעודי לטיפול בהפרעות אכילה,⁹⁴ או לקבל טיפול מצוותים לא ייעודיים, כלומר מצוותים שאין להם בהכרח המומחיות הנדרשת לטיפול בהפרעות אכילה.⁹⁵ בדוח מבקר המדינה שפורסם בשנת 2013 ציין המבקר שאי-הזמינות של טיפול מרפאתי רב-מקצועי היא חסם בפני אבחון וטיפול בשלב המוקדם של המחלה ולכן היא מעודדת למעשה את הידרדרות המחלה עד לשלב הכרוני. כמו כן, נמצא כי במקרים מסוימים הטיפול שמחוץ למרפאה הרב-מקצועית ניתן על-ידי מטפלים שונים שאינם בהכרח מתואמים ביניהם, והדבר פוגע באיכות הטיפול.⁹⁶

טרם הרפורמה, הסובלים מהפרעות אכילה יכלו להגיע ישירות למרפאה לבריאות הנפש, בלי לעבור בהכרח דרך הקופה, ושם נקבעה להם תוכנית טיפולית על-פי שיקול הדעת של הצוות המטפל. לאחר הרפורמה, מטופלת המבקשת להגיע למרפאה לבריאות הנפש נדרשת לפנות תחילה לרופא המשפחה על מנת לקבל הפניה לטיפול בתוך הקופה או במסגרת חיצונית לקופה.

לפי חוזר מנכ"ל משרד הבריאות מ-21 באפריל 2015, הטיפול במרפאות בריאות הנפש הן במסגרת הקופה והן מחוצה לה, מבוסס על שיטת המינויים, שעל-פיה יש שלושה סוגי מינויים שאפשר להקצות למטופלת: מינוי טיפולי אבחוני (intake) של שני מפגשים, מינוי טיפולי קצר, של שישה מפגשים למבוגרים או שמונה מפגשים לילדים ונוער, ומינוי טיפולי ארוך, של 30 מפגשים ללא קשר לגיל. כל מפגש עם איש מקצוע במרפאה מוריד טיפול אחד מהמכסה הקבועה במינוי. אין בנוהל הגדרה לעניין תדירות המפגשים הנדרשת, אך נקבע שיש למצות את המינוי הקצר בתוך שמונה חודשים ואת המינוי הארוך – בתוך שנתיים. עקרונית, המינויים ניתנים בהדרגה: אפשר לקבל מינוי קצר רק לאחר מיצוי המינוי האבחוני ואפשר לקבל מינוי ארוך רק אחרי מיצוי המינוי הקצר. לאחר שמוצה המינוי הארוך, אפשר לקבל מינוי נוסף על בסיס המלצה רפואית שאושרה על-ידי קופת-החולים. בסיום מספר המפגשים

⁹³ ד"ר יוסף בר-אל, מנהל מערך בריאות הנפש בחטיבת הקהילה, כללית שירותי בריאות, מכתב, 28 בספטמבר 2016 [נמסר: 31 באוקטובר 2016].

⁹⁴ ד"ר יצחק וורגפס, מנהל המחלקה הפסיכיאטרית לילד ולמתבגר במרכז הרפואי זיו, שיחת טלפון, 23 בספטמבר 2016.
⁹⁵ פרופ' יעל לצר, מנהלת המרפאה לטיפול ומחקר בהפרעות אכילה בקריה הרפואית רמב"ם, שיחת טלפון, 21 בספטמבר 2016.

⁹⁶ מבקר המדינה, הטיפול בהפרעות אכילה, 2013, עמ' 874-875.



הנקוב בכל מינוי על הגורם הטיפולי לשלוח סיכום טיפול לגורם קליני בקופה, שאינו מוגדר בידי חוזר המנכ"ל, כדי שזה יעקוב אחר הטיפול וכדי לקבל אישור למינוי חדש.⁹⁷

אם הטיפול אינו מתבצע במרפאה של הקופה, על המטופלות לקבל מהקופה טופס התחייבות לתשלום (טופס 17) לפני תחילת מיצוי מספר המפגשים שנקבע להן על-פי המנוי.

לדברי גורמים ששוחחנו עמם, הטיפול בהפרעות אכילה הוא אינטנסיבי יותר מהטיפול בהפרעות נפש אחרות, כלומר נדרשים במסגרתו מפגשים רבים יותר, עם מגוון רחב יותר של אנשי מקצוע. לכן, **מינוי טיפולי ארוך, שלמטופל שסובל מהפרעות אחרות מספיק לארבעה חודשים או יותר, ימוצה במקרה של הפרעות אכילה בתוך חודשיים או פחות מזה.**

כאמור, לאחר מיצוי המינוי, המרפאה מעבירה לקופה בקשה לחדשו. לדברי רופאי המרפאות שאתם שוחחנו, ברוב המקרים קופות-החולים מקבלות את ההמלצות לחידוש מינוי, ושיעור הדחייה של בקשות אלה על-ידי הקופות הוא 5%-10%. מכבי מסרה לנו כי עקב אינטנסיביות הטיפול בהפרעות אכילה, ברוב המקרים מונפק לחולות מינוי ארוך. משאר הקופות נמסר כי אפשר לחדש מינויים בהתאם לצורך הרפואי, וכי אין קריטריונים מיוחדים לדחיית הבקשה למינוי נוסף. לדברי הקופות, סיבות אפשריות לדחיית חידוש המינוי הן טיפול מרפאתי שאינו נותן מענה על צורכי החולה ולכן מחייב העברה לטיפול שונה⁹⁸ או הגשה לא נכונה של טופסי הבקשה.⁹⁹ חלק מהמטפלים התלוננו בפנינו כי הצורך להשקיע משאבים בעיסוק בירוקרטי של מילוי טפסים והגשת בקשות שונות לקופות-החולים פוגע ביכולתם לספק טיפול,¹⁰⁰ וחלק מהם טענו כי הקשיים הביורוקרטיים יוצרים חסם לקבלת טיפול, בעיקר משום שהפרעות אכילה מאופיינות בהתנגדות לקבלת טיפול מלכתחילה.¹⁰¹ כמו כן, נמסר לנו כי חלק מהמטופלות, למשל נשים צעירות או דתיות, נמנעות מלפנות לרופא המשפחה עקב חששן מקיומה של אבחנה בדבר הפרעת הנפש בתיקן הרפואי, ולכן אינן מקבלות טיפול.¹⁰²

כאמור, יש הבדל בין ביקור במרפאה לבין מפגש טיפולי (הידוע גם כ"מגע"), שכן בביקור אחד החולה יכולה לקבל כמה טיפולים שונים. לפי הנוהל שקבע משרד הבריאות, בכל ביקור במרפאה אפשר לקיים עד שני מפגשים טיפוליים מסוגים שונים,¹⁰³ לדוגמה מפגש עם פסיכיאטר, מפגש עם דיאטנית, או השתתפות בטיפול קבוצתי. הועלתה בפנינו הטענה כי **הגבלת כל ביקור לשני מפגשים טיפוליים (עם אנשי צוות שונים), כפי שקבוע בנוהל, יוצרת אף היא חסם.** מנהלי המרפאות שאתם שוחחנו קבעו כי מטופלות בהפרעות אכילה זקוקות לשלושה עד חמישה מפגשים טיפוליים שונים בשבוע,¹⁰⁴ כלומר,

⁹⁷ מנכ"ל משרד הבריאות, [כללי חיוב והתחשבות בין קופות-החולים לבין מערך האשפוז בבריאות הנפש והמרפאות הציבוריות לבריאות הנפש](#), משרד הבריאות, 21 באפריל 2015.

⁹⁸ ד"ר יוסף בר-אל, מנהל מערך בריאות הנפש בחטיבת הקהילה, כללית שירותי בריאות, שיחת טלפון, 7 בנובמבר 2016.
⁹⁹ שם; ד"ר ארי לאודן, פסיכיאטר ראשי ומנהל מחלקת בריאות הנפש, חטיבת הרפואה, לאומית שירותי בריאות, שיחת טלפון, 7 בנובמבר 2016.

¹⁰⁰ פרופ' יעל לצר, מנהלת המרפאה לטיפול ומחקר בהפרעות אכילה בקריה הרפואית רמב"ם, שיחת טלפון, 21 בספטמבר 2016; אמיר צנדקוביץ, מנהל מכון אגם לטיפול ושיקום בהפרעות אכילה, שיחת טלפון, 15 בספטמבר 2016.

¹⁰¹ ד"ר שקמה קלר, רופאת היחידה לטיפול בהפרעות אכילה בבית-החולים הדסה עין-כרם, שיחת טלפון, 18 בספטמבר.
¹⁰² ד"ר ענבל ראובני, מנהלת המרפאה לבריאות הנפש, ד"ר צופיה לאופר-בן-ארי, רופאה במרפאה להפרעות אכילה וביחידה האשפוזית להפרעות אכילה, ופרופ' איתן בכר, פסיכולוג ראשי, המחלקה הפסיכיאטרית בבית-החולים הדסה עין-כרם, מכתב, 25 באוקטובר 2016.

¹⁰³ מנכ"ל משרד הבריאות, [כללי חיוב והתחשבות בין קופות-החולים לבין מערך האשפוז בבריאות הנפש והמרפאות הציבוריות לבריאות הנפש](#), סעיף 6.4.8, משרד הבריאות, 21 באפריל 2015.

¹⁰⁴ יצחק וורגסט, מנהל המחלקה הפסיכיאטרית לילד ולמתבגר במרכז הרפואי זיו, שיחת טלפון, 23 בספטמבר 2016; ד"ר ענבל ראובני, מנהלת המרפאה לבריאות הנפש, ד"ר צופיה לאופר-בן-ארי, רופאה במרפאה להפרעות אכילה וביחידה האשפוזית להפרעות אכילה, ופרופ' איתן בכר, פסיכולוג ראשי, המחלקה הפסיכיאטרית בבית-החולים הדסה עין-כרם, מכתב, 25 באוקטובר 2016.



נדרשים שני ביקורים שבועיים לכל הפחות. כל ביקור נמשך כמה שעות (כולל המתנה בין טיפולים), וכתוצאה מכך נפגעת היכולת של המטופלת לנהל חיים נורמטיביים וגם היענותה לטיפול עלולה להיפגע. למשל, נערה בטיפול תיאלץ להפסיד לכל הפחות שני ימי לימודים בשבוע. בעיה זו חמורה יותר בפריפריה, משום שלעתים המטופלת נאלצת לנסוע זמן ממושך כדי להגיע למרפאה. ד"ר יצחק וורגפס, מנהל המחלקה הפסיכיאטרית לילד ולמתבגר במרכז הרפואי זיו בצפת, מסר כי הצליח ליצור פתרון מקומי: אישור משירותי בריאות כללית שבכל ביקור במרפאה אפשר יהיה לקיים עד ארבעה מפגשים טיפוליים, במקום עד שני מפגשים כאמור.¹⁰⁵ לא ידוע לנו אם הסדר כזה קיים במרפאות אחרות.

כפי שצוין, הטיפול בהפרעות אכילה הוא רב-תחומי ודורש תיאום בין אנשי המקצוע השונים. עם זאת, **התיאום בין גורמי הטיפול כרוך בקשיים**: לא תמיד אנשי המקצוע השונים הם חלק מצוות, ולעתים הם אנשי מקצוע העובדים במרפאות לא ייעודיות או מטפלים עצמאיים שעמם הקופה עובדת. לדוגמה, במכבי, טיפול פסיכולוגי מסופק באמצעות הפניה לפסיכולוגים בקהילה, שאינם חלק מצוות רב-מקצועי במוסד מסוים.¹⁰⁶ בלאומית הצוותים הרב-מקצועיים לטיפול בהפרעות אכילה אינם כוללים רופא, אך לדברי הקופה מאחר שהמרפאות לבריאות הנפש ממוקמות במרפאות הכלליות יש למטופלים גישה לרופאים בהתאם לצורך. לדברי הקופה, בחלק מהמקרים התיאום בין גורמי המקצוע השונים הוא רק דרך התיק הממוחשב של המטופלת. הקופה ציינה כי צורת עבודה זו אינה אידיאלית, אך היא מספקת בהתחשב במשאבים המוגבלים העומדים לרשות הקופה.¹⁰⁷ כללית מסרה כי מדיניותה היא שלא לאשר טיפולים בידי מטפלים עצמאיים במטרה לשמר את התיאום בין אנשי הצוות.¹⁰⁸

משיחות עם גורמים שונים עלה כי **אפשר לזהות מגמה של הסטת מטופלים קשים יותר למרפאות הוותיקות**. חלק מהגורמים ראו תהליך זה בחיוב שכן המרפאות הוותיקות הן מנוסות יותר ולכן סביר כי יופנו אליהן מקרים קשים יותר בעוד המקרים הקלים יותר יופנו למרפאות ייעודיות חדשות או למרפאות כלליות לבריאות הנפש.¹⁰⁹ עם זאת, רופאות המרפאה למבוגרים בהדסה עין-כרם – אחת מהמרפאות הוותיקות – טענו כי הגידול במספר המקרים הקשים יוצר עומס על המרפאה ופוגע ביכולתה לקבל מטופלים אחרים.¹¹⁰

4.2. אשפוז יום וטיפול יום

רוב הגורמים שאתם שוחחנו במהלך כתיבת מסמך זה ציינו שהמחסור במסגרות לטיפול יום הוא בעיה המרכזית ביותר של הטיפול בהפרעות אכילה. כפי שהוצג קודם, כיום יש בישראל 52 עמדות לאשפוז יום או לטיפול יום, כולן מיועדות לקטינים.

¹⁰⁵ יצוין כי ההסדר פתר חלק מהבעיה, מאחר שלמעשה ניתנים במרפאה בבית-החולים זיו חמישה "מגעים" ביום אך מדווחים לקופה – ומשולמים על-ידה – רק ארבעה. ד"ר יצחק וורגפס, מנהל המחלקה הפסיכיאטרית לילד ולמתבגר במרכז הרפואי זיו, שיחת טלפון, 23 בספטמבר 2016.

¹⁰⁶ ביילי כהן, מנהלת המחלקה לתזונה, מכבי שירותי בריאות, מכתב, 25 באוקטובר 2016.

¹⁰⁷ ד"ר ארי לאודן, פסיכיאטר ראשי ומנהל מחלקת בריאות הנפש, חטיבת הרפואה, לאומית שירותי בריאות, שיחת טלפון, 7 בנובמבר 2016.

¹⁰⁸ ד"ר יוסף בר-אל, מנהל מערך בריאות הנפש בחטיבת הקהילה, כללית שירותי בריאות, שיחת טלפון, 7 בנובמבר 2016.

¹⁰⁹ ד"ר יצחק וורגפס, מנהל המחלקה הפסיכיאטרית לילד ולמתבגר במרכז הרפואי זיו, שיחת טלפון, 23 בספטמבר 2016; פרופ' יעל לצר, מנהלת המרפאה לטיפול ומחקר בהפרעות אכילה בקריה הרפואית רמב"ם, שיחת טלפון, 21 בספטמבר 2016.

¹¹⁰ ד"ר ענבל ראובני, מנהלת המרפאה לבריאות הנפש, ד"ר צופיה לאופר-בן-ארי, רופאה במרפאה להפרעות אכילה וביחידה האשפוזית להפרעות אכילה, ופרופ' איתן בכר, פסיכולוג ראשי, המחלקה הפסיכיאטרית בבית-החולים הדסה עין-כרם, מכתב, 25 באוקטובר 2016.



לדברי גורמים שונים, המחסור באפשרויות של אשפוז יום וטיפול יום, כלומר בשלב הביניים בין אשפוז מלא לטיפול מרפאתי, מביא לשתי תוצאות עיקריות: ראשית, מטופלות המשתחררות מאשפוז מלא עוברות במעבר חד לטיפול מרפאתי; טיפול זה אינו מספק את צורכיהן של חלק מהמטופלות, וכתוצאה מכך מצבן מידרדר והן נאלצות לשוב לאשפוז מלא. שנית, מטופלות שאינן זקוקות בהכרח לאשפוז מלא אך הטיפול המרפאתי אינו עונה על צורכיהן מופנות לאשפוז מלא רק משום שאין די מקומות במסגרות הביניים.¹¹¹ יודגש כי **לאשפוז מלא יש השלכות רבות על איכות החיים של המטופלת, על הקשר עם משפחתה ועל יכולתה לשמור על חיים נורמטיביים.**

אשר להיעדרן של עמדות לטיפול במבוגרים, משרד הבריאות מסר למרכז המחקר והמידע של הכנסת כי טיפול יום חלקי למבוגרים ניתן במכון אגם במרכז הרפואי רעות בתל-אביב. אולם, אין מונח מקצועי רשמי בשם "טיפול יום חלקי" או תמחור של שירות זה. במכתב לחברי ועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת כתב שר הבריאות יעקב ליצמן, כי מכון אגם מספק שירותים מרפאתיים במהותם (אם כי באינטנסיביות גבוהה) ומתומחר בהתאם.¹¹²

4.3. אשפוז מלא

כפי שצוין בפרק 3.3, אחת מהסוגיות בתחום הפרעות האכילה היא מספר מיטות האשפוז המיועדות לסובלות מהפרעות אכילה. עם זאת, הסוגיה העיקרית שהועלתה בפנינו במהלך כתיבת המסמך נוגעת לזמן ההמתנה לאשפוז של החולות הכרוניות. כאמור למעלה, משרד הבריאות מעריך ש-15%-20% מהסובלות מהפרעות אכילה יהיו בעתיד חולות כרוניות, אך לא ברור אם זהו שיעורן המוערך בכלל הסובלות מהפרעות אכילה בישראל, בקרב המאובחנות, או בקרב המטופלות. מרכז המחקר והמידע של הכנסת פנה למשרד הבריאות בבקשה להעריך מספרית את גודלה של קבוצה זו, אך עד להשלמת המסמך לא נמסרה תשובה בסוגיה זו.

העובדה שבתי-החולים נותנים קדימות בקבלה לאשפוז לחולות שלא אושפזו בעבר מאלצת את החולות הכרוניות להמתין לאשפוז זמן ממושך יחסית, ובמהלכו מצבן הנפשי והפיזי מידרדר. עובדה זו יוצרת תסכול בקרב החולות הכרוניות ובני-משפחותיהן. שריל סיטמן, מייסדת קבוצת הפייסבוק "דורשים טיפול טוב יותר להפרעות אכילה", מסרה למרכז המחקר והמידע כי היו כמה מקרים שבהם חולות שהשתחררו מאשפוז ונזקקו לשוב ולהתאשפז התקשו להתקבל לאשפוז ונאלצו להישאר בבית או לפנות לטיפול פרטי בעלות ניכרת, אם הייתה להן היכולת הכלכלית לעשות כן.¹¹³ תלונות על עלותו הגבוהה של הטיפול הפרטי לחולות שאינן מתקבלות לטיפול ציבורי הועלו גם בחלק מדיוני ועדות הכנסת שדנו בנושא.¹¹⁴

מתן קדימות לחולות שטרם קיבלו טיפול באשפוז מבוסס על תפיסת המטפלים כי בעוד הסיכוי של חולות כרוניות להחלים נמוך מאוד, הסיכוי של חולות חדשות להחלים גבוה יחסית, ואף גדל ככל שמתחילים את ההתמודדות עם המחלה בשלב מוקדם יותר. נזכיר כי ד"ר איתן גור מהמרכז הרפואי שיבא תל-השומר העריך כי סיכויי ההחלמה של חולות צעירות שהתאשפזו לראשונה ומרצונן החופשי

¹¹¹ ד"ר יצחק וורגפס, מנהל המחלקה הפסיכיאטרית לילד ולמתבגר במרכז הרפואי זיו, שיחת טלפון, 23 בספטמבר 2016.

¹¹² שר הבריאות יעקב ליצמן, מכתב לחברת הכנסת עאידה תומא סלימאן, 2 באוגוסט 2016.

¹¹³ שריל סיטמן, מייסדת קבוצת הפייסבוק "דורשות טיפול טוב יותר להפרעות אכילה", שיחת טלפון, 27 בנובמבר 2016.

¹¹⁴ ישיבת הוועדה לפניות הציבור, [פרוטוקול מס' 4](#), 13 במאי 2013, עמ' 3-4; הוועדה לפניות הציבור, [פרוטוקול מס' 22](#), 12 בנובמבר 2013, עמ' 22-23.



הוא 90%, וכי מחקר משנת 2015 קבע שחלון ההזדמנויות לטיפול הוא בשלבים המוקדמים של המחלה, ובתקופה זו סיכויי ההצלחה גבוהים יותר.¹¹⁵

המטפלים ביחידות האשפוז שאתם שוחחנו טענו שהפתרון לבעיית החולות הכרוניות אינו הגדלת מספר מיטות האשפוז, אלא הוספת מסגרות ביניים בין טיפול מרפאתי לאשפוז מלא, כגון אשפוז/טיפול יום, טיפול מרפאתי אינטנסיבי או טיפול יום חלקי במוסדות שונים, או בתים שיקומיים.¹¹⁶ בשיחות עם המטפלים עלה עוד כי קריטריון הקבלה לבתים השיקומיים כיום הוא תפקוד ברמה גבוהה יחסית, ואולם קבוצת החולות הכרוניות זקוקה לבתים שיקומיים המותאמים לטפל בחולות בתפקוד נמוך יותר, ויש צורך בהקמת מסגרות כאלה.¹¹⁷

4.4. כוח-אדם

כמו בתחומים אחרים בבריאות הנפש, גם בתחום הפרעות האכילה מדגישים גורמי מקצוע את חשיבות הטיפול על-ידי צוותים רב-מקצועיים המספקים טיפול הוליסטי בהיבטים הנפשיים והגופניים של המחלה. צוותים כאלה פועלים במרפאות (מרפאות רב-מקצועיות), במסגרות לטיפול יום או לאשפוז יום ובמחלקות האשפוז. **משרד הבריאות נוקט את המונחים "צוות רב-מקצועי" או "מרפאה רב-מקצועית" בכמה פרסומים, אך אין בידנו הגדרה ברורה של צוות זה במסגרות השונות.** על-פי הנוהל לטיפול יום, צוות רב-מקצועי כולל פסיכיאטר, פסיכולוג, עובד סוציאלי, מרפא בעיסוק ואח סיעודי – על שלושת האחרונים לעבור הכשרה ייעודית בתחום בריאות הנפש. יצוין כי בנוהל שהגדיר את מתן השירות המרפאתי בבריאות הנפש מ-1 בפברואר 2010, הגדרתו של צוות רב-מקצועי במרפאה זהה,¹¹⁸ אך נוהל זה אינו בתוקף ולכן אין בידנו מידע אם הגדרה זו תקפה גם היום. גורמים שעמם שוחחנו ציינו בפנינו כי הטיפול בהפרעות אכילה דורש אנשי מקצוע נוספים, כגון דיאטנית, וכן רופא שיטפל בקשיים הגופניים המתלווים להפרעות אכילה.¹¹⁹

בשנים האחרונות נעשו כמה ניסיונות לגבש אמות מידה ברורות להגדרת צוות רב-מקצועי לטיפול בהפרעות אכילה. לדברי ד"ר יוסף בר-אל, ראש מערך בריאות הנפש בכללית, בשנת 2013 המליץ משרד הבריאות לכללית לפעול לפי ההגדרות שפיתח המשרד בשיתוף העמותה הישראלית לטיפול, מניעה ומחקר בהפרעות אכילה. לפי הגדרות אלו, בצוות רב-מקצועי ייעודי לטיפול מרפאתי בהפרעות אכילה יהיו פסיכיאטר, פסיכולוג, עובדת סוציאלית, תזונאית, אח סיעודי, מזכירות ואנשי משק. על הרכב בסיסי זה מתווספים אנשי צוות נוספים על-פי סוג המסגרת; לדוגמה, אם מדובר בטיפול יום לבני-נוער יש להוסיף אנשי חינוך.¹²⁰ לדברי ד"ר יוסף בר-אל המלצות אלו לא פורסמו כנוהל רשמי.¹²¹

¹¹⁵ ד"ר איתן גור, מנהל המרכז להפרעות אכילה ומשקל במרכז הרפואי שיבא, שיחת טלפון, 15 בספטמבר 2016; Stephen Zipfel, Katrin E. Giel, Cynthia M. Bulik, Phillipa Hay, and Ulrike Schmidt, "Anorexia nervosa: aetiology, assessment and treatment", *Lancet Psychiatry* 2, 12, 2015, p. 5.

¹¹⁶ גלית טרבס, ורדה שטנגר ואיתן גור, "סוגיות בטיפול בהפרעות אכילה בישראל", **חברה ורווחה** לג, 2013.

¹¹⁷ ד"ר שקמה קלר, רופאת היחידה לטיפול בהפרעות אכילה בבית-החולים הדסה עין-כרם, שיחת טלפון, 18 בספטמבר 2016; ד"ר יצחק וורגפס, מנהל המחלקה הפסיכיאטרית לילד ולמתבגר במרכז הרפואי זיו, שיחת טלפון, 23 בספטמבר 2016.

¹¹⁸ משרד הבריאות, **נוהל שירות מרפאתי בבריאות הנפש**, 1 בפברואר 2010.

¹¹⁹ מבקר המדינה, **הטיפול בהפרעות אכילה**, 2013, עמ' 863; ד"ר יצחק וורגפס, מנהל המחלקה הפסיכיאטרית לילד ולמתבגר במרכז הרפואי זיו, שיחת טלפון, 23 בספטמבר 2016; ד"ר שקמה קלר, רופאת היחידה לטיפול בהפרעות אכילה בבית-החולים הדסה עין-כרם בירושלים, שיחת טלפון, 18 בספטמבר 2016.

¹²⁰ האגף לבריאות הנפש במשרד הבריאות והעמותה הישראלית למניעה, טיפול ומחקר בהפרעות אכילה, מסמך, 11 באוגוסט 2013.

¹²¹ ד"ר יוסף בר-אל, מנהל מערך בריאות הנפש בחטיבת הקהילה, כללית שירותי בריאות, דוא"ל, 22 בנובמבר 2016.



פנינו לקופות-החולים בבקשה ללמוד כיצד גופים אלו מגדירים צוות רב-מקצועי לטיפול מרפאתי בהפרעות אכילה. מכל הקופות נמסר כי הצוות כולל פסיכיאטר, פסיכולוג או פסיכותרפיסט ותזונאית. כל הקופות מלבד לאומית כללו גם ייעוץ רפואי כללי בצוות.¹²² מלאומית נמסר כי מאחר שהמרפאות לבריאות הנפש ממוקמות בתוך המרפאות הכלליות, יש לחולות גישה לייעוץ רפואי כללי.¹²³ כללית ומכבי ציינו כי בצוות נכלל גם גורם מתחום העבודה הסוציאלית;¹²⁴ כללית ולאומית ציינו כי יש בצוות גם אדם מתחום הסייעוד;¹²⁵ ומכבי ולאומית ציינו כי הצוות כולל גם מטפל משפחתי.¹²⁶ כיום מתנהל במשרד הבריאות דיון העוסק בין השאר בקביעת אמות המידה לטיפול בהפרעות אכילה במסגרות השונות, לרבות אנשי המקצוע שיש לכלול בצוות הטיפול.¹²⁷

במהלך כתיבת המסמך ציינו בפנינו גורמים שונים את הקשיים בגיוס כוח-אדם לטיפול בהפרעות אכילה. פנינו למשרד הבריאות ולקופות-החולים בבקשה לקבל את עמדתם בנושא זה. משרד הבריאות הדגיש שהמחסור בפסיכיאטרים הוא בעיה כללית של תחום בריאות הנפש. הקופות מסרו כי ככלל יש קושי לאתר אנשי מקצוע עם ניסיון בתחום הפרעות האכילה. כללית ציינה קושי בגיוס אנשי מקצוע במגזר הערבי.¹²⁸ מכבי ציינה כי הקושי העיקרי נובע מהצורך להתחרות מול המגזר הפרטי בגיוס כוח-אדם,¹²⁹ וגם לאומית מסרה כי יש מעט בעלי מקצוע המעוניינים לעסוק בתחום זה במגזר הציבורי. מאוחדת ציינה כי ככלל יש בארץ מעט פסיכותרפיסטים המתמחים בהפרעות אכילה.¹³⁰

כללית ומאוחדת ציינו כי בדרך כלל יש צורך לקיים הכשרות לאנשי המקצוע בתחום.¹³¹ עם זאת, **ביצוע ההכשרות מתעכב עקב מחלוקת בין הקופה לבין משרד הבריאות בנושא האחריות למימון ההכשרות.** בסעיף 31 להסכם הרפורמה לשנת 2012 נקבע כי על כללית להציג למשרד הבריאות תוכנית להכשרת כוח-אדם לטיפול בבריאות הנפש, וכי לאחר אישור התוכנית היא תזכה למימון של משרד הבריאות.¹³² לפי ד"ר יוסף בר-אל, מנהל מערך בריאות הנפש בחטיבת הקהילה בכללית, בגין נושא זה עתרה הקופה לבג"ץ, ועתירה זו תלויה ועומדת.¹³³

¹²² ד"ר יוסף בר-אל, מנהל מערך בריאות הנפש בחטיבת הקהילה, כללית שירותי בריאות, מכתב, 28 בספטמבר 2016 [נמסר: 31 באוקטובר 2016]; רועי בן משה, מנהל אגף תכנון ותקצוב, קופת-חולים מאוחדת, מכתב, 8 בנובמבר 2016; בילי כהן, מנהלת המחלקה לתזונה, מכבי שירותי בריאות, מכתב, 25 באוקטובר 2016; ד"ר ארי לאודן, פסיכיאטר ראשי ומנהל מחלקת בריאות הנפש, חטיבת הרפואה, לאומית שירותי בריאות, מכתב, 30 באוקטובר 2016.

¹²³ ד"ר ארי לאודן, פסיכיאטר ראשי ומנהל מחלקת בריאות הנפש, חטיבת הרפואה, לאומית שירותי בריאות, מכתב, 30 באוקטובר 2016.

¹²⁴ ד"ר יוסף בר-אל, מנהל מערך בריאות הנפש בחטיבת הקהילה, כללית שירותי בריאות, מכתב, 28 בספטמבר 2016 [נמסר: 31 באוקטובר 2016]; בילי כהן, מנהלת המחלקה לתזונה, מכבי שירותי בריאות, מכתב, 25 באוקטובר 2016.

¹²⁵ ד"ר יוסף בר-אל, מנהל מערך בריאות הנפש בחטיבת הקהילה, כללית שירותי בריאות, מכתב, 28 בספטמבר 2016 [נמסר: 31 באוקטובר 2016]; ד"ר ארי לאודן, פסיכיאטר ראשי ומנהל מחלקת בריאות הנפש, חטיבת הרפואה, לאומית שירותי בריאות, מכתב, 30 באוקטובר 2016.

¹²⁶ בילי כהן, מנהלת המחלקה לתזונה, מכבי שירותי בריאות, מכתב, 25 באוקטובר 2016; ד"ר ארי לאודן, פסיכיאטר ראשי ומנהל מחלקת בריאות הנפש, חטיבת הרפואה, לאומית שירותי בריאות, מכתב, 30 באוקטובר 2016.

¹²⁷ מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה וע"ר במשרד הבריאות, מכתב, 26 בספטמבר 2016 [נמסר: 9 בנובמבר 2016].

¹²⁸ ד"ר יוסף בר-אל, מנהל מערך בריאות הנפש בחטיבת הקהילה, כללית שירותי בריאות, מכתב, 28 בספטמבר 2016 [נמסר: 31 באוקטובר 2016].

¹²⁹ בילי כהן, מנהלת המחלקה לתזונה, מכבי שירותי בריאות, מכתב, 25 באוקטובר 2016.

¹³⁰ רועי בן משה, מנהל אגף תכנון ותקצוב, קופת-חולים מאוחדת, מכתב, 8 בנובמבר 2016.

¹³¹ ד"ר יוסף בר-אל, מנהל מערך בריאות הנפש בחטיבת הקהילה, כללית שירותי בריאות, מכתב, 28 בספטמבר 2016 [נמסר: 31 באוקטובר 2016]; רועי בן משה, מנהל אגף תכנון ותקצוב, קופת-חולים מאוחדת, מכתב, 8 בנובמבר 2016.

¹³² ד"ר ארי לאודן, פסיכיאטר ראשי ומנהל מחלקת בריאות הנפש, חטיבת הרפואה, לאומית שירותי בריאות, מכתב, 30 באוקטובר 2016.

¹³³ ד"ר יוסף בר-אל, מנהל מערך בריאות הנפש בחטיבת הקהילה, כללית שירותי בריאות, שיחת טלפון, 7 בנובמבר 2016.



5. תמחור השירותים לטיפול בהפרעות אכילה

בפרק זה נדון באופן תמחור השירותים – אחד מהנושאים השנויים במחלוקת בתחום הטיפול בהפרעות האכילה – ונציג כמה סוגיות בולטות בנושא זה.

מכוח חוק הפיקוח על מחירי מצרכים ושירותים, התשנ"ו-1996, קובעת הממשלה לכל שירות במערכת הבריאות מחיר מרבי, המכונה מחיר מלא.¹³⁴ בתעריפון שמפרסם משרד הבריאות לשירותי הבריאות השונים מפורטים כמה סוגי מחירים: מחירים לימי אשפוז, מחירים לפעולות (מחיר דיפרנציאלי, כלומר משתנה בין פעולות שונות) ומחירים לשירותים אמבולטוריים שונים. שירותי הבריאות בישראל מתומחרים בעיקרם בשיטת התעריפים הממוצעים, דהיינו התעריף אינו משקף את עלות השירות בפועל אלא הוא ממוצע של עלויות, ולכן השירותים השונים הניתנים במערכת הבריאות מסבסדים זה את זה (סבסוד צולב).

מיולי 2015 קופות-החולים מופקדות על מתן שירותי בריאות הנפש למבוטחיהן במסגרת סל הבריאות, והן עושות כן על-ידי מתן השירותים בעצמן או רכישתם מגורמים חיצוניים: בתי-חולים ממשלתיים, בתי-חולים של כללית או בתי-חולים ציבוריים, מרפאות בריאות הנפש הממשלתיות או מטפלים עצמאיים.¹³⁵ התשלום שמועבר אליהן בגין השירותים הוא מכפלה של מספר השירותים שנרכשו במחיר הקבוע להם בתעריפון משרד הבריאות. באופן כללי, במערכת הבריאות קיימים מנגנונים המעניקים לקופות-החולים הנחות ברכישת שירותים, אם במסגרת הסדר ההתחשבות בין קופות-החולים לבתי-החולים, שעוגן בחוק לשינוי סדרי עדיפויות לאומיים (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנים 2013 ו-2014),¹³⁶ התשע"ג-2013, ואם באמצעות ההסכמים הגלובליים שנחתמים בין קופות-החולים לבתי-החולים או ההסכמים עם ספקי שירות אחרים.

כאמור, תמחור השירותים מתבסס על ההנחה של סבסוד צולב, כלומר שהתשלום בגין שירות שנקבע לו תעריף גבוה מעלותו יכסה את הפער שנוצר עקב תשלום בגין שירות שנקבע לו תעריף נמוך מעלותו. כיום אין תעריפים נפרדים לשירותים הניתנים לסובלות מהפרעות אכילה, והתשלום בגינם הוא לפי התעריפים שנקבעו לכל השירותים בתחום בריאות הנפש. כאמור, גורמים שעמם שוחחנו ציינו כי הטיפול בהפרעות אכילה דורש משאבים מרובים, כולל שכירת צוות מקצועי מגוון.¹³⁷ כתוצאה מכך, הטיפול בהפרעות אכילה יקר יותר מהטיפול במחלות נפש אחרות, ולכן ספקי השירות – מטפלים עצמאיים, מרפאות, מכונים או בתי-חולים – נאלצים לפעול בדרכים שונות לצמצום עלות. לפי שירותי בריאות כללית, דרכים אפשריות לצמצום עלות הטיפול הן הורדת משכורות או שינוי המודל הטיפולי, לדוגמה מתן דגש על טיפול קבוצתי במקום על טיפול פרטני; שינוי זה אומנם לא ישנה את השכר הניתן לאיש הצוות, אך במקום לספק מפגש טיפולי (או "מגע") למטופלת אחת, יינתן שירות לכמה מטופלים בעת ובעונה אחת.¹³⁸

¹³⁴ חוק פיקוח על מחירי מצרכים ושירותים, תשנ"ו-1996.
¹³⁵ אורי אבירם ושגית אזארי-ויזל, הרפורמה בבריאות הנפש: סיכויים וסיכונים, מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל, יולי 2015.
¹³⁶ חוק לשינוי סדרי עדיפויות לאומיים (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנים 2013 ו-2014), התשע"ג-2013, פרק ה'.
¹³⁷ מבקר המדינה, הטיפול בהפרעות אכילה, 2013, עמ' 863; ד"ר יצחק וורגפס, מנהל המחלקה הפסיכיאטרית לילד ולמתבגר במרכז הרפואי זיו, שיחת טלפון, 23 בספטמבר 2016; ד"ר שקמה קלר, רופאת היחידה לטיפול בהפרעות אכילה בבית-החולים הדסה עין-כרם בירושלים, שיחת טלפון, 18 בספטמבר 2016.
¹³⁸ ד"ר יוסף בר-אל, מנהל מערך בריאות הנפש בחטיבת הקהילה, כללית שירותי בריאות, שיחת טלפון, 7 בנובמבר 2016; ד"ר ארי לאודן, פסיכיאטר ראשי ומנהל מחלקת בריאות הנפש, חטיבת הרפואה, לאומית שירותי בריאות, שיחת טלפון, 7 בנובמבר 2016.



גורמים שונים שעמם שוחחנו טענו בפנינו כי הטיפול בהפרעות האכילה דורש תמחור נפרד משאר המחלות בתחום בריאות הנפש. עם זאת, קופות-החולים דיווחו לנו כי לא הוגדרו תקציבים ייעודיים להפרעות אכילה ונושא זה נכלל בתקציב הכללי שהוקצה לתחום בריאות הנפש עם כניסת הרפורמה לתוקף. בסעיפים הבאים נעסוק בתמחור הטיפול במרפאות לבריאות הנפש ובתמחור של טיפול/אשפוז יום; בשיחות שקיימנו לא הועלו בפנינו טענות בדבר תמחור של אשפוז מלא.

5.1. תמחור הטיפול במרפאות לבריאות הנפש

בתעריפון משרד הבריאות מפורטים התעריפים שעל קופות-החולים לשלם לנותני השירות המרפאתי שעמם התקשרו בגין כל מינוי. בטבלה 3 מוצג המידע המעודכן ביותר לזמן כתיבת מסמך זה על שיטת המינויים, לפי סוגי מינויים, התעריף שעל הקופות לשלם בגין טיפולים למבוגרים או ילדים ונוער, מספר המפגשים הטיפולים בכל מינוי, ופרק הזמן המוקצה למיצוי כל מינוי. יודגש כי המינויים ניתנים לחולים בכלל המחלות בתחום בריאות הנפש, והסדר זה אינו הסדר ספציפי לתחום הפרעות האכילה.

טבלה 3: סוגי מינויים, תעריף לנותני שירות בש"ח (מעודכן ל-6 בספטמבר 2016), מספר מפגשים ופרק הזמן המוקצה למיצוי המינוי בהתאם לנוהל משרד הבריאות (מעודכן ל-21 באפריל 2015)¹³⁹

מינוי אבחוני	תעריף לטיפול במבוגרים	תעריף לטיפול בילדים ובני-נוער	מספר מפגשים טיפוליים	פרק זמן למיצוי המינוי
מינוי אבחוני	716 ש"ח	1,007 ש"ח	2	אין הגדרה
מינוי קצר	1,041 ש"ח	1,680 ש"ח	6 – למבוגרים 8 – לבני-נוער וילדים	8 חודשים
מינוי ארוך	3,602 ש"ח	3,638 ש"ח	30	שנתיים

קופות-החולים משלמות למרפאות שעמן התקשרו למתן שירות מרפאתי עבור כל מינוי של מבטחיהן.

בשיחות שקיימנו עם מנהלי מרפאות לבריאות הנפש הועלה בפנינו כי התעריף שקבע משרד הבריאות לטיפול מרפאתי לפי שיטת המינויים נמוך ואינו מכסה את עלויות הטיפול.¹⁴⁰ נציין כי בדוח מבקר המדינה שפורסם בשנת 2013 טען המבקר כי תמחור הטיפול המרפאתי הוא בחסר,¹⁴¹ וגם משרד הבריאות טען ב-2013 כי תמחור הטיפול המרפאתי הוא הבעיה המרכזית הקיימת בשירותים השונים לטיפול בהפרעות אכילה.¹⁴² עם זאת, יצוין כי לא הוצג בפנינו תחשיב אחר לטיפול המרפאתי.

¹³⁹ עלות המינוי מבוססת על תעריפון משרד הבריאות האחרון, המעודכן ל-6 בספטמבר 2016 (יצוין כי הנתונים מתייחסים לתעריף ב', הכולל את המקרים שבהם החולים הופנו לטיפול על ידי קופות החולים שבהן הם מבטחים). מספר המפגשים המוקצה לכל מינוי ופרק הזמן הרלוונטי מבוססים על חוזר המנכ"ל שהוציא משרד הבריאות בנושא. ראו משרד הבריאות, [מחירון משרד הבריאות לשירותים אמבולטוריים ולשירותי אשפוז, מעודכן ל-6 בספטמבר 2016](#), תאריך כניסה: 7 בדצמבר 2016; מנכ"ל משרד הבריאות, [כללי חיוב והתחשבות בין קופות החולים לבין מערך האשפוז בבריאות הנפש והמרפאות הציבוריות לבריאות הנפש](#), משרד הבריאות, 21 באפריל 2015.

¹⁴⁰ ד"ר ענבל ראובני, מנהלת המרפאה לבריאות הנפש, ד"ר צופיה לאופר-בן-ארי, רופאה במרפאה להפרעות אכילה וביחידה האשפוזית להפרעות אכילה, ופרופ' איתן בכר, פסיכולוג ראשי, המחלקה הפסיכיאטרית בבית-החולים הדסה עין-כרם, מכתב, 25 באוקטובר 2016.

¹⁴¹ מבקר המדינה, [הטיפול בהפרעות אכילה](#), 2013, עמ' 881-882.

¹⁴² מדברי מנכ"ל משרד הבריאות דאז, פרופ' רוני גמזו: "הבעיה העיקרית בתמחור היא עלות בתעריף המרפאה. זה לא תעריף האשפוז ולא טיפול היום אלא דווקא האינטראקציה או הטיפול המרפאתי"; הוועדה לפניות הציבור, [פרוטוקול מס' 22](#), 12 בנובמבר 2013, עמ' 10.



מנהלי המרפאות שעמם שוחחנו העלו בפנינו דוגמאות לעלויות שאינן מכוסות כראוי במסגרת התעריף שנקבע למינוי, כגון כוח-אדם ועלויות נוספות. אחת הדוגמאות לכך היא שאף-על-פי שלשם תיאום בין בעלי המקצוע השונים המרכיבים את הצוות הרב-מקצועי יש צורך בקיום של ישיבות צוות, אלה אינן מתומחרות במסגרת התעריף שנקבע שעל קופות-החולים לשלם בגין המינוי. בעיה זו קיימת במרפאות ממשלתיות¹⁴³ וגם במרפאות של קופות-החולים. קופת-חולים מאוחדת ציינה את הקושי בתחום זה והוסיפה כי אם התגמול בגין ישיבות צוות יינתן במסגרת התעריף הקבוע כיום למינוי, מספר הטיפולים הניתנים במסגרת המינוי יופחת.¹⁴⁴ דוגמה נוספת לעלויות שאינן מכוסות במסגרת התעריף הן עלות אבחון חולה, במקרים שהדבר נדרש: לשם האבחון יש צורך ביותר משני מפגשים, כפי שמוגדר במינוי האבחוני. לדוגמה, אבחון יכול לכלול מפגש עם פסיכיאטר, פסיכולוג, אדם מתחום הסיעוד, מנהל המרפאה ודיאטן. אם כן, המינוי אינו מכסה את מספר השירותים הניתנים בפועל.¹⁴⁵

אחד מהחששות שהועלו לפני כניסתה של הרפורמה לתוקף הוא כי תהיה הסטה של מטופלים מהמרפאות הוותיקות, ברובן ממשלתיות, למרפאות החדשות שיפתחו הקופות. כלומר, הרפורמה תגרום לפגיעה כלכלית בהכנסותיהן של המרפאות הוותיקות. בשיחות שקיימנו עם גורמים שונים עלה כי תהליך כזה לא התרחש, וכללית מסרה כי אין בכוונתה לפתוח מרפאות במקומות שבהם הגופים הקיימים מספקים מענה יעיל ומקצועי.¹⁴⁶

קופות-החולים חתמו גם על הסכמים עם מטפלים עצמאיים לרכישת שירותים שונים בתחום בריאות הנפש. לאומית מסרה כי ההסכמים עם מטפלים עצמאיים נקבעים על-פי רוב בהתאם להסכמים עם הגופים הציבוריים, ומאוחדת מסרה שיש הבדלים מסוימים בהסכמים עם המטפלים העצמאיים, על-פי ההיצע והביקוש באזורים שבהם הם פועלים.¹⁴⁷ חולות המופנות למטפלים עצמאיים נדרשות לשלם על כך השתתפות עצמית. לפי הנוהל המעודכן של משרד הבריאות (מיום 14 ביולי 2016) ההשתתפות העצמית בגין מפגש עם פסיכולוג מומחה היא כ-56 ש"ח בפגישה ראשונה וכ-134 ש"ח בפגישות הבאות.¹⁴⁸

5.2. תמחור של אשפוז יום וטיפול יום

בדוח מבקר המדינה שפורסם בשנת 2013, וגם בשיחות שקיימנו עם גורמים טיפוליים, עלתה הטענה שהמחסור במסגרות לטיפול יום ואשפוז יום גורם לא רק לנזק ברמה האישית למטופלות, אלא גם מונע חיסכון כלכלי למדינה.¹⁴⁹ בטבלה 4 מוצג התעריף לטיפול יום, אשפוז יום ואשפוז מלא כפי שפורסמו בתעריפון משרד הבריאות המעודכן ל-6 בספטמבר 2016.

¹⁴³ ד"ר ענבל ראובני, מנהלת המרפאה לבריאות הנפש, ד"ר צופיה לאופר-בן-ארי, רופאה במרפאה להפרעות אכילה וביחידה האשפוזית להפרעות אכילה, ופרופ' איתן בכר, פסיכולוג ראשי, המחלקה הפסיכיאטרית בבית-החולים הדסה עין-כרם, מכתב, 25 באוקטובר 2016.

¹⁴⁴ רועי בן משה, מנהל אגף תכנון ותקצוב, קופת-חולים מאוחדת, מכתב, 8 בנובמבר 2016.

¹⁴⁵ פרופ' יעל לצר, מנהלת המרפאה לטיפול ומחקר בהפרעות אכילה בקריה הרפואית רמב"ם, שיחת טלפון, 21 בספטמבר 2016.

¹⁴⁶ יצוין כי כללית הביעה חשש שהשירות במרכז הרפואי זיו ייפסק או ייפגע בתקופה הקרובה עקב בעיות שונות. ד"ר יוסף בר-אל, מנהל מערך בריאות הנפש בחטיבת הקהילה, כללית שירותי בריאות, שיחת טלפון, 7 בנובמבר 2016.

¹⁴⁷ רועי בן משה, מנהל אגף תכנון ותקצוב, קופת-חולים מאוחדת, שיחת טלפון, 9 בדצמבר 2016.

¹⁴⁸ רויטל טופר-חבר טוב סמנכ"לית לפיקוח על קופות-החולים ושירותי בריאות נוספים במשרד הבריאות, [עדכון תשלומים בעד שירותי בריאות ותרופות לשנת 2016](#), 14 ביולי 2016.

¹⁴⁹ ד"ר יצחק וורגט, מנהל המחלקה הפסיכיאטרית לילד ולמתבגר במרכז הרפואי זיו, שיחת טלפון, 23 בספטמבר 2016; מבקר המדינה, [הטיפול בהפרעות אכילה](#), 2013, עמ' 871-873.



טבלה 4: תעריף טיפול יום, אשפוז יום ואשפוז מלא, בש"ח לפי תעריפון משרד הבריאות המעודכן ל-6 בספטמבר 2016¹⁵⁰

עלות לילדים ובני-נוער	עלות למבוגרים	
489	454	טיפול יום פסיכיאטרי
481	450	אשפוז יום פסיכיאטרי
1,408	1,172	יום אשפוז פעיל במחלקה פסיכיאטרית (אשפוז מלא)

כפי שמוצג בטבלה 4, הפער בין עלות של אשפוז לעלות של טיפול יום הוא קטן עד זניח (4 ש"ח למבוגר ו-8 ש"ח לילדים ובני-נוער), אך יש פער ניכר בין העלות של טיפול יום או אשפוז יום לאשפוז מלא: 718 ש"ח בין טיפול יום ליום אשפוז מלא במקרה של מבוגרים, ו-919 ש"ח במקרה של ילדים ונוער.

הגורמים השונים ששוחחנו עמם, כולל משרד הבריאות, הסכימו כי העלות של הפעלת המסגרות לטיפול יום בהפרעות אכילה גבוהה יותר מהתעריף שקבע משרד הבריאות לטיפול יום פסיכיאטרי. לפי מנהלי המחלקות שעמם שוחחנו, מאחר שעלות המסגרות לטיפול יום או אשפוז יום אינה מכוסה במלואה, יש **בתי-חולים הנמנעים מהפעלתן**.¹⁵¹ בדוח מבקר המדינה שפורסם בשנת 2013 אף מובאים דבריו של מנהל בית-חולים בצפון, הקובע כי "התקצוב שקבע המשרד לאשפוז יום אינו מכסה את העלויות, ולכן אינו כלכלי לבית-החולים, ולרוב אינו מופעל".¹⁵² המרכז הרפואי זיו בצפת פתח מחלקה לאשפוז יום/טיפול יום בשנת 2009, על רקע הסכמה עם מנהל בית-החולים כי המחלקה הייתה ותישאר גירעונית. לדברי ד"ר יצחק וורגפס, גירעון זה כוסה באמצעות הסבסוד שמעבירה המדינה מדי שנה בשנה לבתי-החולים הממשלתיים, אך כעת, עם העברת האחריות לשירות זה ממשרד הבריאות לידי קופות-החולים, יש לממן את השירות באמצעות גביית תשלום מקופות-החולים או תקציבים אחרים של בית-החולים.¹⁵³

יש הערכות שונות בדבר העלות המתאימה של מסגרת של טיפול יום או אשפוז יום לחולות עם הפרעות אכילה. ההערכות, המובאות בדוח מבקר המדינה שפורסם בשנת 2013, נעות בין 321 ש"ח (באר-יעקב, אוגוסט 2008), 600 ש"ח (אסף הרופא, מאי 2012) ו-691 ש"ח (רמב"ם, אוגוסט 2012).¹⁵⁴ בשנה האחרונה הוגשו למשרד הבריאות שתי הצעות לפתיחת מסגרות לטיפול יום/אשפוז יום, אחת מהמחלקה לבריאות הנפש בבית-החולים הדסה עין-כרם ואחת משיבא תל השומר. בהנחה שתהיה תפוסה מלאה ביחידה של 30 עמדות, העלות שהציג בית-החולים הדסה ליום טיפול היא 478 ש"ח ליום.¹⁵⁵ בהנחה של תפוסה

¹⁵⁰ משרד הבריאות, [מחירון משרד הבריאות לשירותים אמבולטוריים ולשירותי אשפוז, מעודכן ל-6 בספטמבר 2016](#), תאריך כניסה: 7 בדצמבר 2016.

¹⁵¹ ד"ר יצחק וורגפס, מנהל המחלקה הפסיכיאטרית לילד ולמתבגר במרכז הרפואי זיו, שיחת טלפון, 23 בספטמבר 2016.

¹⁵² מבקר המדינה, [הטיפול בהפרעות אכילה](#), 2013, עמ' 873.

¹⁵³ ד"ר יצחק וורגפס, מנהל המחלקה הפסיכיאטרית לילד ולמתבגר במרכז הרפואי זיו, שיחת טלפון, 23 בספטמבר 2016.

¹⁵⁴ מבקר המדינה, [הטיפול בהפרעות אכילה](#), 2013, עמ' 880-881.

¹⁵⁵ חישוב התעריף: חלוקת הערכת הדסה בדבר כלל ההוצאות השנתיות למסגרת לטיפול יום בהפרעות אכילה (3,545,790 ש"ח) במספר העמדות (30) ובמספר ימי הטיפול לשנה (247): $3,545,790 / (247 * 30) = 478.51$; ראו ד"ר שקמה קלר, רופאת היחידה להפרעות אכילה בבית-החולים הדסה עין-כרם, ופרופ' עומר בונה, מנהל המחלקה לפסיכיאטריה בבית-החולים הדסה עין-כרם, מכתב לד"ר אהוד ססר, מנהל המערך הקליני באגף לבריאות הנפש, משרד הבריאות, 18 באוגוסט 2016. חישוב זה אינו כולל תרופות, וההנחה היא שהמטופלות ירכשו אותן בעצמן דרך הקופה. ד"ר שקמה קלר העריכה כי עלות התרופות היא כ-6,000 ש"ח בחודש ל-20 מטופלים. ד"ר שקמה קלר, רופאת היחידה להפרעות אכילה בבית-החולים הדסה עין-כרם, דוא"ל, 27 באוקטובר 2016.



מלאה ביחידה של 24 עמדות, העלות שהציג בית-חולים שיבא ליום טיפול היא 787 ש"ח.¹⁵⁶ אין לנו הסבר לפערים אלה. נציין כי בהצעות נכלל מספר שונה של עמדות טיפול ונעשה שימוש בלוחות תעריפים שונים לקביעת השכר.

ממשרד הבריאות נמסר כי המשרד שואף לבצע תמחור דיפרנציאלי בין סוגים שונים של טיפול יום, אך על-פי הצפוי תהליך זה יימשך חודשים מספר.¹⁵⁷

משרד הבריאות ציין כי אם תהליך התמחור הדיפרנציאלי לא יושלם, יוקצה סכום חד-פעמי של 10 מיליון ש"ח להקמת שירותי טיפול יום בהפרעות אכילה, שיוקצה לפי מבחני תמיכה לקופות-החולים ולפי מבחני חלוקה למוסדות הממשלתיים.¹⁵⁸ פנינו למשרד הבריאות בבקשה לקבל פירוט של אמות המידה שלפיהן יחולק תקציב זה, אך עד סיום המסמך לא נתקבלה תשובה על פנייתנו.

¹⁵⁶ חישוב התעריף: סכימה של הערכת ההוצאות היומיות, לפי התחשיב של בית-החולים שיבא, להפעלת מסגרת לטיפול יום של 24 עמדות: שכר אנשי הצוות (507 ש"ח) + הזנה (68 ש"ח) + תקורה (212 ש"ח) = 787 ש"ח. ראו ד"ר איתן גור, מנהל המרכז להפרעות אכילה ומשקל במרכז הרפואי שיבא, ורו"ח נעה פרסטר, סמנכ"ל כלכלה, בקרה, תקציבים ואדמיניסטרציה רפואית במרכז הרפואי שיבא, מכתב למר דני בודובסקי, מנהל המערך האמבולטורי באגף לבריאות הנפש, משרד הבריאות, 6 באוקטובר 2016.

¹⁵⁷ מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה וע"ר במשרד הבריאות, מכתב, 26 בספטמבר 2016 [נמסר: 9 בנובמבר 2016].

¹⁵⁸ שם; ליאת פייס-דורי, כלכלנית באגף תכנון, תקצוב ותמחור במשרד הבריאות, שיחת טלפון, 12 בדצמבר 2016.



6. מקורות

מסמכים ממשלתיים

- האגף לבריאות הנפש במשרד הבריאות והעמותה הישראלית למניעה, טיפול ומחקר בהפרעות אכילה, מכתב, 11 באוגוסט 2013.
- היוש טלי, היישריק מיכל, יצחק-מונסונגו עינת ולזובסקי רבקה, תוכנית הבתים השיקומיים לנשים צעירות המחלימות מהפרעות אכילה, המוסד לביטוח לאומי, מינהל המחקר והתכנון והאגף לפיתוח שירותים, יוני 2013.
- המוסד לביטוח לאומי, מינהל המחקר והתכנון, חישוב מפתח חלוקת כספי ביטוח בריאות בין קופות-החולים, 1 בדצמבר 2016.
- גמזו רוני, מנכ"ל משרד הבריאות, מכתב לחברי וועדת העבודה, הרווחה והבריאות, 5 במאי 2013.
- גמזו רוני, מנכ"ל משרד הבריאות, כללי חיוב והתחשבנות בין קופות-החולים לבין מערך האשפוז בבריאות הנפש והמרפאות הציבוריות לבריאות הנפש, 21 באפריל 2015.
- טופר-חבר טוב רויטל, סמנכ"ל לפיקוח על קופות החולים ושירותי בריאות נוספים במשרד הבריאות, עדכון תשלומים בעד שירותי בריאות ותרופות לשנת 2016, 14 ביולי 2016.
- מבקר המדינה, הטיפול בהפרעות אכילה, 2013.
- משרד הבריאות, הצעת תקציב 2017-2018, נובמבר 2016.
- משרד הבריאות, מחירון משרד הבריאות לשירותים אמבולטוריים ולשירותי אשפוז, מעודכן ל-6 בספטמבר 2016, תאריך אחזור: 13 בנובמבר 2016.
- משרד הבריאות, נוהל מחלקת טיפול יום בקהילה – מבוגרים, ינואר 2005.
- משרד הבריאות, נוהל שירות מרפאתי בבריאות הנפש, 1 בפברואר 2010.
- משרד הבריאות, התנהגויות בריאות – מניעה וטיפול בהשמנה, נובמבר 2011.
- סיכום בין משרדי הבריאות והאוצר לבין שירותי בריאות כללית בנושא העברת שירותי בריאות הנפש מהתוספת השלישית לתוספת השנייה לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, 31 במאי 2012.

חקיקה

- הצעת חוק ביטוח בריאות ממלכתי (תיקון מס' 41) (בריאות הנפש), התשס"ז-2007, מ/325.
- הצעת חוק טיפול בחולי נפש (תיקון מס' 9) (החלת הוראות על בגיר שסובל מאנורקסיה נרבוזה), התשע"ב-2012, פ/3896/18, של חברת הכנסת רחל אדטו.
- הצעת חוק טיפול בחולי נפש (תיקון – החלת הוראות על בגיר שסובל מאנורקסיה נרבוזה), התשע"ד-2014, פ/2532/19, של חברת הכנסת עדי קול.



- הצעת חוק טיפול בחולי נפש (תיקון – החלת הוראות על בגיר שסובל מאנורקסיה נרבוזה), התשע"ה–2015, פ/613/20, של חברת הכנסת מרב מיכאלי.
- [חוק הגבלת משקל בתעשיית הדוגמנות, תשע"ב–2012.](#)
- [חוק הפיקוח על מחירי מצרכים ושירותים, התשנ"ו–1996.](#)
- [חוק לשינוי סדרי עדיפויות לאומיים \(תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנים 2013 ו-2014\), התשע"ג–2013.](#)

מסמכי מרכז המחקר והמידע של הכנסת

- וייסבלאי אתי, [הפרעות אכילה בקרב ילדים ובני נוער: תיאור התופעה, מניעתה ואיתורה](#), מרכז המחקר והמידע של הכנסת, 8 בפברואר 2010.
- רבינוביץ' מריה, [מסגרות לטיפול בהפרעות אכילה](#), מרכז המחקר והמידע של הכנסת, 25 ביולי 2011.
- לוי שלי, [אשפוז בריאות הנפש בישראל](#), מרכז המחקר והמידע של הכנסת, 8 בפברואר 2014.
- לוי שלי, [הסדר ההתחשבות בגין רכישת שירותי בריאות הנפש בין קופות-החולים לבין בתי-החולים ולמרפאות המוצע בהצעת חוק ההסדרים](#), 10 ביולי 2013.

מאמרים בעברית

- טרבס גלית, שטנגר ורדה וגור איתן, "סוגיות בטיפול בהפרעות אכילה בישראל", [חברה ורווחה](#) לג, 1, 2013, עמ' 121-140.
- אבירם אורי ואזארי-ויזל שגית, [הרפורמה בבריאות הנפש: סיכויים וסיכונים](#), מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל, יולי 2015.
- לצר יעל, "הפרעות אכילה ועמדות כלפי אכילה בישראל: סקירת מחקר וטיפול", [חברה ורווחה](#) כז, 3, 2007, עמ' 453-477.

ספרים ומאמרים באנגלית

- American Psychiatric Association, "Feeding and Eating Disorders", *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition, accessed: September 15th, 2016.
- Chesney Edward, Goodwin Guy M., and Fazel Seena, "Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review", *World Psychiatry* 13, 2014, pp. 153-160.
- Campbell Kenisha and Peebles Rebecca, "Eating Disorders in Children and Adolescents: State of the Art Review", *Pediatrics* 134, 3, 2014, pp. 582-592.



- Fairborn Christopher G. and Harrison Paul J., "Eating Disorders", *Lancet* 361, 2003, pp. 407-416.
- Hoek Hans W. and Van Hoeken Daphne, "Review of the Prevalence and Incidence of Eating Disorders", *International Journal of Eating Disorders* 34, 3, 2003, pp. 383-396.
- Hudson James I., Hiripi Eva, Pope Harrison G., and Kessler Ronald C., "The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in National Comorbidity Survey Replication", *Biological Psychiatry* 61, 3, 2007, pp. 348-358.
- International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision, F50 – Eating Disorders, accessed: November 10th, 2016.
- Keel Pamela K. and Brown Tiffany A., "Update on Course and Outcome in Eating Disorders", *International Journal of Eating Disorders* 43, 3, 2010, pp. 195-204.
- Roehrig James and McLean Carmen P., "A comparison of stigma toward eating disorders versus depression", *International Journal of Eating Disorders* 43, 2010, pp. 671-674.
- Smink Frederique R. E., van Hoeken Daphne, and Hoek Hans W., "Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, Prevalence, and Mortality Rates", *Current Psychiatry Reports* 14, 2012, pp. 406-414.
- Zaipfel Stephen, Giel Katrin E., Bulik Cynthia M., Hay Phillipa, and Schmidt Ulrike, "Anorexia Nervosa: Aetiology, Assessment and Treatment", *Lancet Psychiatry* 2, 12, 2015, pp. 1099-1111.

שיחות טלפון

- בודובסקי דני, מנהל התחום האמבולטורי באגף לבריאות הנפש, שיחת טלפון, 5 באוקטובר 2016.
- בכר איתן, פסיכולוג ראשי, המחלקה הפסיכיאטרית בבית-החולים הדסה עין-כרם, ויו"ר העמותה הישראלית למניעה, טיפול ומחקר של הפרעות אכילה, שיחת טלפון, 8 בנובמבר 2016.
- בן משה רועי, מנהל אגף תכנון ותקצוב, קופת-חולים מאוחדת, שיחות טלפון, 9 בנובמבר 2016 ו-9 בדצמבר 2016.
- בר-אל יוסף, מנהל מערך בריאות הנפש בחטיבת הקהילה, כללית שירותי בריאות, שיחת טלפון, 7 בנובמבר 2016.
- גור איתן, מנהל המרכז לטיפול בהפרעות אכילה ומשקל בבית-החולים שיבא-תל השומר, שיחת טלפון, 15 בספטמבר 2016.
- וורגפס יצחק, מנהל המחלקה הפסיכיאטרית לילד ולמתבגר במרכז הרפואי זיו בצפת, שיחת טלפון, 23 בספטמבר 2016.



- כהן בילי, מנהלת המחלקה לתזונה, מכבי שירותי בריאות, שיחת טלפון, 9 בנובמבר 2016.
- לאודן ארי, פסיכיאטר ראשי ומנהל מחלקת בריאות הנפש, חטיבת הרפואה, לאומית שירותי בריאות, שיחת טלפון, 7 בנובמבר 2016.
- לצר יעל, מנהלת המרפאה לטיפול ומחקר בהפרעות אכילה בקריה הרפואית רמב"ם, שיחת טלפון, 21 בספטמבר 2016.
- פייס-דורי ליאת, כלכלנית באגף תכנון, תקצוב ותמחור במשרד הבריאות, שיחת טלפון, 12 בדצמבר 2016.
- פניג סילבנה, מנהלת המחלקה לרפואה פסיכולוגית במרכז שניידר לרפואת ילדים בישראל, שיחת טלפון, 20 בספטמבר 2016.
- קלר שקמה, רופאת היחידה להפרעות אכילה בבית-החולים הדסה עין-כרם, שיחת טלפון, 18 בספטמבר.
- סיטמן שריל, מייסדת קבוצת הפייסבוק "דורשות טיפול טוב יותר להפרעות אכילה", שיחת טלפון, 27 בנובמבר 2016.
- רייזלר גד, מנהל היחידה לאשפוז יום ילדים והפרעות אכילה בבית-החולים אסף הרופא, שיחת טלפון, 25 בספטמבר 2016.

מכתבים ודואר אלקטרוני

- בן משה רועי, מנהל אגף תכנון ותקצוב, קופת-חולים מאוחדת, מכתב, 8 בנובמבר 2016.
- בר-אל יוסף, מנהל מערך בריאות הנפש בחטיבת הקהילה, כללית שירותי בריאות, מכתב, 28 בספטמבר 2016 [נמסר: 31 באוקטובר 2016]; דוא"ל, 22 בנובמבר 2016.
- גור איתן, מנהל המרכז להפרעות אכילה ומשקל במרכז הרפואי שיבא, ופרסטר, נעה, סמנכ"ל כלכלה, בקרה, תקציבים ואדמיניסטרציה רפואית במרכז הרפואי שיבא, מכתב למר דני בודובסקי, מנהל המערך האמבולטורי באגף לבריאות הנפש, משרד הבריאות, 6 באוקטובר 2016.
- זגון-רוגל מיכל, רכזת קשרי ממשל, מכבי שירותי בריאות, דוא"ל, 9 בנובמבר 2016.
- כהן בילי, מנהלת המחלקה לתזונה, מכבי שירותי בריאות, מכתב, 25 באוקטובר 2016.
- כהן מירי, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה וע"ר במשרד הבריאות, מכתב, 26 בספטמבר 2016 [נמסר: 9 בנובמבר 2016].
- לאודן ארי, פסיכיאטר ראשי ומנהל מחלקת בריאות הנפש, חטיבת הרפואה, לאומית שירותי בריאות, מכתב, 30 באוקטובר 2016.
- ליצמן יעקב, שר הבריאות, מכתב לחברת הכנסת עאידה תומא-סלימאן, 2 באוגוסט 2016.



- קלר שקמה, רופאת היחידה להפרעות אכילה בבית-החולים הדסה עין-כרם, ובונה, עומר, מנהל המחלקה לפסיכיאטריה בבית-החולים הדסה עין-כרם, מכתב לד"ר אהוד ססר, מנהל המערך הקליני באגף לבריאות הנפש, משרד הבריאות, 18 באוגוסט 2016.
- ראובני ענבל, מנהלת המרפאה לבריאות הנפש, לאופר-בן-ארי, צופיה, רופאה במרפאה להפרעות אכילה וביחידה האשפוזית להפרעות אכילה, ובכר, איתן, פסיכולוג ראשי, המחלקה הפסיכיאטרית, בית-החולים הדסה עין-כרם, מכתב, 25 באוקטובר 2016.

דיוני הכנסת

- הוועדה לפניית הציבור, [פרוטוקול מס' 4](#), 13 במאי 2013.
- הוועדה לפניית הציבור, [פרוטוקול מס' 22](#), 12 בנובמבר 2013.
- הוועדה לפניית הציבור, [פרוטוקול מס' 61](#), 25 במאי 2014.
- הוועדה לקידום מעמד האישה ולשוויון מגדרי, 27 ביוני 2016 ([שידור](#)).

אתרי אינטרנט

- העמותה הישראלית להפרעות אכילה, [על העמותה](#), תאריך כניסה: 11 בנובמבר 2016.

נתונים ממאגרי נתונים

- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, לוח 2.3, [אוכלוסייה לפי קבוצת אוכלוסייה, דת מין וגיל, ממוצע 2015](#), תאריך אחזור: 3 בנובמבר 2016.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, [הרשויות המקומיות בישראל 2014 - קובץ נתונים לעיבוד](#), תאריך כניסה: 8 בדצמבר 2016.

